

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Luiza do Carmo Fernandes,
Manaus, AM**

Casilda Teresa Acosta Garcia

Pelotas, 2016

Casilda Teresa Acosta Garcia

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Luiza do Carmo Fernandes,
Manaus, AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G216m García, Casilda Teresa Acosta

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Luiza do Carmo
Fernandes, Manaus, AM / Casilda Teresa Acosta García; Jandro
Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

102 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Cortes, Jandro Moraes,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico esse trabalho a meus pais,
filha e esposo, porque são o motor que impulsiona
toda a minha vida e são a razão da minha existência.

Agradecimentos

Agradecer é uma forma de reconhecimento:

À equipe da Saúde da UBS Luiza do Carmo Fernandes por colaborar toda vez que precisei das informações na construção do Projeto de Intervenção e desenvolvimento das atividades.

Agradeço especialmente a meu orientador Jandro Moraes Cortes, pelas orientações, sua dedicação para ajudar e pela participação nos fóruns, cujas sugestões foram muito importantes.

A minha gestora por facilitar os materiais e divulgação de nosso trabalho.

Aos idosos, que participaram no projeto e tornou possível sua conclusão.

A minha pátria que tornou possível minha presença no Brasil.

Resumo

GARCIA, Casilda teresa Acosta. **do Melhoria da atencao a saúde do idoso na UBS Luisa do Carmo Fernandes, Manaus, AM.** 2016. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Considerando que o envelhecimento da população brasileira aumenta cada vez mais o número de idosos, afetando a oferta de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, torna-se fundamental a qualificação da assistência à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família que, é a principal porta de entrada do SUS, visando aumentar a eficiência das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças na população idosa. O presente trabalho teve como objetivo geral a qualificação da assistência à saúde dos idosos da área de abrangência na UBS Luisa do Carmo Fernandes Manaus/AM. A escolha do foco de intervenção foi devido à necessidade de organizar o processo de trabalho e qualificar o atendimento, constatado na análise situacional. A metodologia consiste na implementação de um projeto de intervenção e desenvolvimento de ações programáticas envolvendo equipe, comunidade e gestão, em conformidade com os seguintes eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para coleta e registro de dados foram utilizadas a ficha espelho e a planilha coleta de dados. A intervenção teve início dia 18 de Setembro de 2015 com duração de 12 semanas. A população alvo foi de 655 idosos residentes na área de abrangência que possui uma população total de 7.280 pessoas. A intervenção realizada proporcionou melhoria na atenção à saúde da população idosa. A implementação de monitoramento, avaliação e organização do serviço, aliados ao engajamento público e à qualificação técnica dos profissionais de saúde demonstraram ser eficazes no aprimoramento da qualidade da assistência, com consequente melhoria dos indicadores de saúde, como o aumento da cobertura de assistência aos idosos para 95,4% (625 idosos), 96,8% (608) de idosos com a caderneta do idoso, avaliação multidimensional rápida de 100% (625 idosos); melhoria da adesão ao atendimento, promoção da saúde bucal em 100% e promoção da saúde. Pode-se concluir que o trabalho realizado gerou melhorias significativas na atenção à saúde da população idosa. A manutenção do monitoramento, avaliação e organização do serviço, aliados ao engajamento público

e à qualificação dos profissionais de saúde demonstraram ser eficazes no aprimoramento da qualidade da assistência e dos indicadores de saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

- | | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde UBS. Luiza Do Carmo, AM, 2015. | 74 |
| Figura 2 | Gráfico 17: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. UBS Luiza Do Carmo. Manaus. AM. 2015. | 90 |
| Figura 3 | Gráfico 22: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. UBS. Luiza Do Carmo. Manaus. AM. 2015. | 95 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEASA	Centrais Estaduais de Abastecimento
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil.

-

Sumário

Apresentação	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores:	53
2.3.3 Logística.....	57
2.3.4 Cronograma	67
3 Relatório da Intervenção.....	69
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	69
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	71
4 Avaliação da intervenção.....	71
4.1 Resultados	71
4.2 Discussão.....	85
5 Relatório da intervenção para gestores.	87
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	89
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	91
Referências	93
Anexos	94

Apresentação

O volume do presente trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância Universidade Aberta do SUS - UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, está organizado em quatro unidades que foram desenvolvidos durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

O volume encontra-se organizado em sete seções: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatório da Intervenção para Gestores, Relatório da Intervenção para a comunidade e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na UBS Luiza do Carmo Fernandes, que fica em Manaus, na zona Leste da cidade, muito perto de um porto chamado CEASA (Centrais Estaduais de abastecimento) que facilita o traslado dos pacientes das zonas distantes por via fluvial.

Minha unidade é grande onde fazemos atendimento uma equipe de Saúde adaptado em número de profissionais tinindo em conta a totalidade de nossa população de 7280 pessoas, ainda assim precisa de outro equipe de trabalho sobre todo para fazer atendimento as pessoas que moram em área rural, tem um acesso muito bom para o traslado do pacientes com incapacidade motora, acesso e disponibilidade de uma garagem aos pacientes também.

Sua estrutura para o atendimento é a seguinte: tem 6 salas de atendimentos médicos com diferentes especialidades com tamanho satisfatório, climatização e iluminação. Temos as seguintes salas: onde fica um pediatra, um ginecologista, um odontólogo e três clínicos gerais, as demais conta com uma sala de recepção muito grande de grande utilidade para fazer as palestras e orientar os pacientes, sobre o funcionamento do dia de trabalho, tem uma sala de vacina onde ficam dois técnicos de enfermagem em diferentes horários do dia, elas tem muito bem organizado o

levantamento de os casos previstos que devem tomar a vacina. Desde a semana passada, ficamos trabalhando na campana antigripal para grupos priorizados e, diariamente realizando atividades de promoção para a saúde em nossa unidade e, na comunidade de difícil acesso da população, coletados muitos resultados das metas propostas. Tem uma sala de preparo e de Assistência Social que, trabalha em conjunto com a saúde do Idoso onde realizam a medida da pressão e, priorizam os casos para o atendimento médico tendo em conta, as prioridades fundamentais do idoso, crianças, grávidas e incapacidades, também as urgências do dia.

Também contamos com uma sala de fazer curativo, uma sala de preventivo com uma enfermeira muito bem capacitada em atendimento DST's, muito frequentes em nossa população, uma farmácia onde recebemos de forma mensal remédios que no suprem a demanda diária, para a totalidade da população. Sobretudo de analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos, assim como, tratamentos continuados a doenças crônicas, também contamos com um laboratório muito bem organizado, onde fica uma técnica a tempo completo que realiza teste de malária, sendo muito importante para nosso trabalho, por que a população tem risco elevado de sofrer essa doença, morando na margem do rio; tem uma sala de reunião muito boa com climatização e, instrumentos para desenvolver as diferentes capacitações necessárias, por aumento da incidência das diferentes doenças na comunidade ou a nível municipal.

Ela conta com uma cozinha, com uma boa localização, com todas as comodidades e instrumentos ao acesso de todos os trabalhadores, onde mensalmente se desenvolvem as atividades de aniversários dos diferentes colegas. Tem banheiros externos para uso de pacientes e, internos para os trabalhadores, em boas condições.

Contamos também com uma sala, onde os pacientes podem marcar as diferentes consultas e, encaminhamento para as diferentes especialidades e, adquirir vagas para a realização dos exames.

Sempre gostei muito de sua organização e limpeza e também da privacidade para fazer atendimento, da forma de trabalho em equipe e, o sentido de pertinência que todos têm por sua unidade, sempre ficando arrumada, de acordo a data de comemoração onde todos colaboram de forma geral.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Luiza Do Carmo Fernandes, localiza-se no município Manaus, capital do estado Amazonas, sendo o acesso, fundamentalmente, por via fluvial.

Com uma população de 7.280 habitantes, para garantir a prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, Manaus possui uma rede composta por: cinco maternidades, uma central de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com oito bases descentralizadas (18 ambulâncias de suporte básico, 07 de suporte avançado), quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dez serviços de pronto atendimento (SPA), oito policlínicas, um centro de referência em saúde do trabalhador, um serviço de fisioterapia, quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois centros de apoio diagnóstico distritais, um laboratório de cito patologia, um laboratório de vigilância em saúde, um centro de controle de zoonoses, uma central de medicamentos, 46 unidades básicas de saúde, todas distribuídas nos distritos de saúde norte, sul, leste, oeste e rural. A cidade tem 16 hospitais de grande porte.

A Unidade Básica de Saúde Luiza Do Carmo Fernández, está localizada em área de abrangência urbana, tem uma ESF (Equipe de Saúde Familiar) que atende a população do centro e parte de a população rural, nossa equipe tem uma maior quantidade de profissionais tendo em conta nossa população que é muito grande, para fazer atendimento e visita domiciliar a população que mora no outro lado do rio temos organizado todas as terça-feira de tarde com ajuda da prefeitura o transporte nosso de barco para o atendimento domiciliar das pessoas notificadas por ACS. Atividades de ensino são realizadas, fundamentalmente, por especialista em Ginecologia. Nossa equipe de Saúde tem uma quantidade maior de profissionais tendo em conta a população que é muito grande, trabalhamos em dois horários, de manhã e de tarde.

Minha UBS está climatizada totalmente; não tem barreiras arquitetônicas e permite acesso de usuários cadeirantes, tem sala da enfermagem, e da vacina que tem todas as vacinas estabelecidas pelo sistema de saúde, uma sala de espera grande com capacidade para ter 70 pessoas no máximo aguardando a consulta,

uma sala de recepção onde temos os prontuários, três consultórios médicos, um consultório da enfermagem, um consultório odontológico com dois horários de manhã e de tarde, uma sala de curativos, um laboratório para coleta de amostras, uma sala de preparo, uma sala de nebulização, banheiro para os trabalhadores da equipe e para usuários exteriores, temos internet, computador e telefone fixo para qualquer eventualidade que se precise encaminhar alguns usuários ao hospital.

Os mobiliários e equipamentos da unidade são novos e suficientes, temos um negatoscópio, temos duas mesas ginecológicas que ficam na sala da enfermeira e outra na sala do ginecologista, A sala de curativo é grande, tem boa ventilação e uma das dificuldades que temos a respeito das barreiras arquitetônicas é de que não temos corrimãos nos corredores, existem espaço adaptado para usuários deficientes, um banheiro adaptado, não temos cadeiras de rodas específicas para estes usuários, nem larguras das portas, pisos antiderrapante, além disso também não temos os símbolos internacionais de pessoas com deficiência que devem indicar a existência de equipamento, mobiliário e serviços para as pessoas com deficiência (física, visual e auditiva). Estes são problemas que interferem na qualidade do atendimento aos usuários. A UBS já foi remodelada, mas não foram consideradas e sanadas essas dificuldades.

Na unidade de saúde onde trabalho, os profissionais de saúde participam do processo de territorialização e mapeamento da área da atuação da equipe, identificando os grupos expostos a riscos, grupos de agravos (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculosos).

Realizamos atendimentos para adultos , crianças, grávidas, idosos e toda a população que precisa, realiza-se visitas domiciliares todas as quintas-feiras, no turno da manhã, avaliações do risco de agravo do usuário que não pode ou está impossibilitado de chegar até nossa unidade, diferentes atividades e procedimentos, curativos, orientações em saúde, aferição de pressão arterial, consultas médicas e de enfermagem, exame de puerpério, entrega de medicamentos oral, administração de medicação injetável, além disso, buscamos na residência, usuários que apresentam patologias agravantes e que desaparecem das consultas, pois temos o compromisso do acompanhamento da sua enfermidade.

Na UBS realizamos consultas programadas, mas sempre deixamos vagas para o caso de chegar tarde algum usuário do outro lado do rio e, que não pegou ficha, e também para pessoas com febre, alguma dor, ou outra situação que necessite de atendimento rápido.

No entanto, temos várias dificuldades, como por exemplo, a impossibilidade de realização de pequenas cirurgias ou tratamentos de emergência e urgências, por não contar com medicamentos suficientes, e os encaminhamentos a diferentes especialistas que são bastante demorados.

O total de população de nossa UBS é de 7.280 usuários cadastrados. As equipes atendem a população urbana e parte de zona rural em dois horários de trabalho, de manhã e de tarde, com o seguinte perfil demográfico: na faixa etária de zero a quatro anos, são 334 pessoas do sexo masculino e 323 do sexo feminino; de cinco a nove anos, são 341 do sexo masculino e 328 feminino; de 10 a 14 anos, são 366 do sexo masculino e 363 do sexo feminino; de 15 a 19 anos, são 345 do sexo masculino e 363 do sexo feminino; de 20 a 24 anos, são 356 do sexo masculino e 374 do sexo feminino; de 25 a 29 anos, são 364 do sexo masculino e 384 do sexo feminino; de 30 a 34 anos, são 328 do sexo masculino e 351 do sexo feminino; de 35 a 39 anos, são 271 do sexo masculino e 290 do sexo feminino; de 40 a 44 anos, são 229 do sexo masculino e 235 do sexo feminino; de 45 a 49 anos, são 183 do sexo masculino e 193 do sexo feminino; de 50 a 54 anos, são 145 do sexo masculino e 157 do sexo feminino; de 55 a 59 anos, são 104 do sexo masculino e 115 do sexo feminino; de 60 a 64 anos, são 101 do sexo masculino e 123 do sexo feminino; de 65 a 69 anos, são 88 do sexo masculino e 97 do sexo feminino; de 70 a 74 anos, são 66 do sexo masculino e 75 do sexo feminino; de 75 a 79 anos, são 20 do sexo masculino e 29 do sexo feminino e com 80 anos ou mais, são 20 do sexo masculino e 36 do sexo feminino.

Em relação à atenção demanda espontânea, os usuários são acolhidos todos os dias na recepção, e é realizado por todos os membros da equipe. São localizados os prontuários para pegar as fichas e fazer a triagem, permitindo organizar os fluxos de atendimento e priorizar os casos, dependendo das necessidades dos usuários.

Nós temos reservado um espaço para o atendimento desses usuários que procuram nosso serviço, além das 16 vagas para o atendimento agendado, temos disponibilizado mais quatro para a demanda espontânea, principalmente algumas urgências ou pessoas do interior que vão chegando mais tarde a UBS, essa demanda é acolhida inicialmente pela recepcionista e, logo segundo seu risco vão sendo atendidos por prioridades.

Só que continuamos com dificuldades para alguns procedimentos por falta de recursos necessários para ter esse serviço à população, mas a equipe escuta as problemáticas dos usuários, tratando de resolvê-las para fazer um melhor trabalho todos os dias para a população, a demanda espontânea é atendida diariamente são distribuídas fichas para o atendimento de diferentes tipos de casos no dia, tendo prioridades os idosos, as crianças e segundo a gravidade do caso.

Nós tentamos atender todos os usuários no dia, seja no horário da manhã ou na tarde, quando a demanda é muito grande, coisa que não acontece todos os dias, toda nossa equipe tenta atender a todos mesmo nos dias que o atendimento é de hipertensos, diabéticos e pré-natal.

Reservamos capacidade de atendimento para alguma urgência, mas ainda temos que fazer o trabalho educativo com a população do vencimento das receitas que, vão pegar antes do vencimento, mas pouco a pouco vamos educando a população assim, lograr o melhor trabalho e melhor satisfação na população.

Quanto à cobertura da atenção à saúde da criança temos 137 crianças menores de um ano, o que representa 89% de cobertura ficando um pouco abaixo do estimado pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), que é de 154. Temos atraso das consultas agendadas, mais de 7 dias em 11 crianças, representando 8,03%, teste de pezinho até 7 dias em 110 crianças, representando 80,3%; não se realiza triagem auditiva, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta realizados em 100% dos casos; vacinas em dia, 100%, acompanhamento de saúde bucal a 71% (97), e orientações para aleitamento materno e prevenção de acidentes para 100%.

Mas estamos trabalhando para melhorar estes indicadores, planejando ações com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na busca ativa nas visitas domiciliares das grávidas pela data provável de parto e, assim captar as crianças nas primeiras 72 horas de vida.

Temos planejada a puericultura todas às terças-feiras, mas com duas vagas para crianças doentes o resto da semana , pois a maioria das mães só leva as crianças às consultas quando ficam doentes, provavelmente por falta de conhecimento em algum casos e, em outros falta de responsabilidade por parte dos pais, por isso realizamos puericultura todos os dias da semana, sempre aproveitamos o espaço das visitas domiciliares para fazer ações educativas, palestras sobre saúde da criança, importância da puericultura, onde são avaliados o desenvolvimento psicomotor e crescimento do mesmo para incentivar as mães para que levem suas crianças.

Cada ACS tem o controle das crianças de sua área de abrangência realizam a visita domiciliar. O atendimento de puericultura é realizado pela pediatra, médica clínica, enfermeira e odontóloga.

Após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. É feito pelo protocolo de atendimento de puericultura pelo Ministério de Saúde do 2013. Na UBS, são desenvolvidas as seguintes ações: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal e o teste de pezinho.

Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados nos prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos das puericulturas onde é revisado pela médica e enfermeira mensalmente.

Solicitam-se sempre a caderneta da criança nos atendimentos e se preenchem as informações atuais da criança, seu desenvolvimento e crescimento,

orientamos os pais sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, promovemos o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, indicamos sulfato ferroso e ácido fólico para prevenir a anemia, chamam -se e agendamos a próxima consulta segundo protocolo, atenção para a data da próxima vacina, chamamos atenção para o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, também são utilizados pelo profissionais os protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis de saúde como encaminhamentos a outras especialidades e internação hospitalar.

Todos os finais de mês, fazemos uma avaliação do programa de atenção as crianças. Eu entendo que temos que trabalhar muito com nossa comunidade, para abranger todas as crianças de nossa área e oferecer o acompanhamento direto, mediante ações de promoção e prevenção dirigidas a promover mudanças no estilo de vida e, assim qualidade e um bom controle dos atendimentos com a participação de toda a equipe garantindo crianças saudáveis ou com menos riscos ou complicações e deste jeito melhorar a morbimortalidade infantil.

Em relação à atenção pré-natal, temos 65 gestantes encontrando-se este número bastante perto do denominador indicado para minha população; do universo foram captadas no primeiro trimestre 48 gestantes que representam 74%, consultas de acordo ao calendário do ministério de saúde, 89%; exame ginecológico no primeiro trimestre, 100%; vacinas anti-hepatites B conforme o protocolo, 81%; avaliação de saúde bucal, 88% e o todos demais os indicadores estão em 100%.

Os atendimentos são realizados pelo médico ginecologista e médica de saúde da família duas vezes na semana, de manhã e tarde. Após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, Além das consultas programadas de pré-natal, existe atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos, não existindo excesso de demanda para este tipo de atendimento.

Existe protocolo de atendimento pré-natal na UBS, do Ministério de Saúde, utilizado pela médica da família e ginecologista. Os atendimentos às gestantes são

registrados no prontuário clínico, no formulário especial do pré-natal e no cartão da gestante.

Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, que costuma ser revisado com uma frequência mensal, com a finalidade de verificar gestantes faltosas. A revisão do arquivo é realizada pela médica e pela enfermeira.

Os profissionais de saúde sempre solicitam o cartão de pré-natal nos atendimentos, preenchendo sempre com as informações atuais da gestante. Durante as consultas pré-natais se faz palestras na área da recepção acerca dos cuidados do recém-nascido, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, promoção da saúde bucal e o uso de suplemento de ferros para evitar anemia por déficit de ferro.

Mas temos ainda muitas dificuldade, por isso devemos trabalhar para obter uma melhor cobertura e qualidade da atenção, mediante as visitas domiciliares, realizar a busca ativa das grávidas com o objetivo da captação precoce, pesquisar mediante os exames laboratoriais e ultrassonografia doenças associadas a gravidez, sejam infecciosas ou genéticas, além disso, fazer trabalho educativo com os adolescentes nas escolas acerca de planejamento familiar e uso de anticoncepcionais, para evitar gravidez na adolescência e não desejada, e assim contribuir e diminuir os indicadores de mortalidade materno -infantil.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero, no cadastro de nossa população temos um total de 1.808 mulheres de 25 a 64 anos de idade, representando 117,32% de cobertura, da população estimada pelo CAP, que é de 1.541 mulheres nesta faixa etária. Para preencher os dados utilizamos os prontuários dos usuários. Em relação à prevenção do câncer de colo de útero, em nossa UBS encontramos: exame citopatológico em dia, 1.500 (83%); exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso, 323 (17,9%); exame citopatológico alterado para câncer de colo de útero: 11 (0,6%); avaliação de risco para câncer de

colo de útero, 1500 (83%); orientação sobre prevenção de câncer de útero e orientação sobre DTS, 1808 (100%); exames coletados satisfatoriamente, 1.500 (83%).

A coleta de exame citopatológico é realizada todos os dias de manhã pela enfermeira e uma vez semanal na consulta do ginecologista, realiza-se rastreamento oportunístico e organizado, existem os protocolos de Prevenção de Câncer de Colo de Útero e de Mama, atualizado no ano de 2013, do Ministério de Saúde. Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de colo uterino, em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico e, são registrados no livro de registro formulário especial para cito patológico.

Na UBS nossa equipe realiza atividades com grupos de mulheres, não existe nenhum controle nem arquivo específicos, só utilizamos prontuário individual dos pacientes para sinalar exame realizado, e depois quando chega resultado, com avaliação e conduta médica. Um dos problemas que temos é que depois de fazer coleta para teste, o resultado é muito demorado.

E relação à prevenção de câncer de mama tem até agora um total de 412 mulheres entre os 50 e 64 anos de idade, o que representa 116,4% da população estimada pelo CAP, que é de 312. Há o registro de 210 usuárias com mamografia realizadas em dia (51%), mamografia com mais de três meses de atraso, avaliação de risco para câncer de mama 108, o que representa 26,2% do total de mulheres cadastradas, e orientadas sobre prevenção do câncer de mama, 412 mulheres (100%).

Na UBS fazemos rastreamento de câncer de mama todos os dias da semana em todos os turnos pela médica e a enfermeira, seja na consulta do dia a dia, já que temos que aproveitar esse espaço, por que ainda não tem-se costume de fazer, são utilizados os protocolos de prevenção de câncer de mama atualizado no 2013 produzido pelo Ministério de Saúde.

Realizamos ações sobre a prática de atividade física, conhecimento dos sinais de câncer de mama e, se faz em cada consulta o exame de mama e indica-se a mamografia.

Nossa equipe está trabalhando com ações de promoção e prevenção do câncer através do autoexame das mamas, explicando-se a técnica do mesmo, para ajudar no diagnóstico precoce. Temos como estratégia trabalhar de forma ativa com população de risco, principalmente com as mulheres em idades compreendidas entre os 50 e 69 anos de idade, o que é possível com novo cadastro de nossa população adstrita.

Em relação à atenção à os hipertensos e diabéticos, temos até agora um total de 495 hipertensos, considero que a estimativa do CAP de 1.292 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão, é adequada a nossa realidade, pois está faltando trabalho de rastreamento dos pacientes, não se realiza uma estratificação de risco cardiovascular adequada e individual em todos os pacientes, encontrando só em 401 usuários (81%), existem atrasos em consultas agendadas em 103 usuários (21%), exames complementários periódicos em dia em 375 (76%), orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável em 495 (100%) e avaliação da saúde bucal em 278 (79%).

Temos um total de 305 usuários diabéticos cadastrados. Considero adequada a estimativa do CAP de 369 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes. Avaliando os prontuários dos usuários, encontramos uma estratificação de risco cardiovascular em 250 usuários (82%), atraso de consulta em 50 (16,4%), com exames periódicos em dia 258 (85%), com exame físico e sensibilidade dos pés em 268 (88%), com palpação dos pulsos em 268 (88%), avaliação da saúde bucal em 240 (79%), orientação nutricional e de prática de atividade física regular em 305 usuários (100%).

Na UBS são desenvolvidas as seguintes ações: alimentação saudável controle de peso corporal para assim prevenir os riscos de doenças cardiovasculares, prática regular de atividade física, os malefícios do consumo

excessivo de álcool e tabagismo, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral, diagnóstico e tratamento da obesidade e de saúde bucal.

Os atendimentos dos usuários hipertensos (HIPERDIA) são realizado pela médica, enfermeira e odontóloga, uma vez por semana, todas as terças-feiras na manhã; existem usuários que fazem atendimentos fora da área de abrangência, todos os usuários após a consulta saem com a próxima consulta agendada, o atendimento é feito seguindo o protocolo de atendimento pelo Ministério de Saúde do 2013.

Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico, existe arquivo específico para os registros dos atendimentos de hiperdia onde é revisado pela médica e enfermeira mensalmente.

Solicitam-se sempre o cartão de hipertensos e diabéticos para melhor controle, fazemos atividades de grupos onde temos incorporado um grade número de hipertensos, com resultados satisfatório onde falamos da importância de assistir aos controle, quais são os principais sinais de compensação e as complicações mais frequentes, mas ainda falta muito trabalho por fazer já que encontramos muitos usuários hipertensos, principalmente, nas visitas domiciliares, usuários que abandonam o tratamento ou se automedicam, com acidentes vascular cerebral como sequela duma urgência hipertensiva, não assistem a consulta de forma periódica, e por isso que as ações são dirigidas a educação e promoção de saúde para assim evitar as complicações e mortalidade.

Em relação à saúde da pessoa idosa, temos uma população idosa de 655 cadastrados, mas 508 usuários acompanhados na unidade. Portanto, considero que a estimativa do CAP, de 440 idosos residentes na área de abrangência é um pouco inferior à nossa realidade, pois temos uma população idosa importante.

Após preencher o caderno de ações programáticas, fazemos uma reflexão sobre os indicadores, considero que a estimativa do número de idosos residentes na área de abrangência é adequada a nossa realidade, com uma cobertura que deve melhorar depois de concluir cadastro de toda nossa população.

Constatamos que se realiza avaliação multidimensional rápida só em 18% dos idosos, acompanhamento em dia em 423 pacientes idosos (64,6%), com diagnóstico de hipertensão arterial em 311 usuários idosos (47,5%), diabetes mellitus em 217 usuários idosos (33,1%), avaliação de risco para morbimortalidade em 428 usuários idosos (65,3%), investigação de fragilidade em 298 (45,5%), com orientação em relação a hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular em 100 %, dos prontuários analisados, com avaliação de saúde bucal em dia em 322 usuários idosos (49,2%).

O programa de atenção à saúde do idoso é ainda uma meta por alcançar, o atendimento aos idosos acontece no mesmo dia que é feito a consulta dos hipertensos e diabéticos pela médica e enfermeira da equipe, o que limita a cobertura de atenção, não se faz investigação de fragilidade de forma periódica, pelo que devemos salientar que não existia um trabalho organizado e planejado com a saúde das pessoas idosas.

Existem idosos fora da área de cobertura que fazem o acompanhamento em nossa UBS, são poucos os que têm a caderneta, foram entregadas há alguns anos, mas poucas vezes é utilizada, ela é uma ferramenta muito útil para o trabalho com este grupo populacional, que reúne informações como calendário de vacinas, agendas de consultas, internações, quedas, controle de peso, pressão arterial, glicemia, tabagismo e consumo de álcool, doenças crônicas, medicações em uso, etc. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas.

São realizadas atividades de promoção e prevenção de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes pacientes: palestras, promoção de saúde bucal, de hábitos alimentares saudáveis, pratica de exercícios físicos, imunizações, tabagismo, nossa equipe de saúde foi planejando às visitas domiciliares dos usuários todas as quintas-feiras pela manhã.

Na consulta das pessoas idosas, fazemos uma avaliação integral do paciente e preenchemos os dados obtidos em prontuário e caderneta de saúde, que

seguem o estabelecido pelo Ministério de Saúde. Está faltando muito trabalho, para uma correta avaliação de risco para morbimortalidade, pois encontramos muitos pacientes com sequelas de doenças crônicas como HTA e Diabetes Mellitus, mas deveremos obter com o trabalho em conjunto com toda a equipe integrando toda a população idosa de nossa área para alcançar o envelhecimento saudável.

Fazendo uma análise geral, em relação à situação de nossa UBS, nossos maiores desafios para melhorar a saúde de nossa população, foi a composição da ESF. A qualificação profissional também é importante para uma boa atenção e qualidade do serviço que prestamos, obtendo-se uma reestruturação do Conselho de Saúde Municipal, além do aumentado dos recursos, equipamentos, medicamentos para nossa UBS e assim pode brindar uma melhor atenção medica a população.

A equipe da saúde tem uma boa relação com a comunidade atendida apesar das dificuldades que se apresentam no dia a dia. O objetivo é replantar novas estratégias na logística que permitam chegar a toda a comunidade, aumentar o trabalho em as ações de promoção e prevenção em a comunidade, as famílias e os indivíduos e assim melhorar a qualidade de vida e atendimento, temos realizado algumas mudanças, como a organização do trabalho em geral na Atenção Primária de Saúde.

Está se trabalhando com novas estratégias e planejamentos, seguindo o estabelecido pelo Ministério de Saúde para oferecer um melhor seguimento dos diferentes programas da APS: Atenção Integral à Saúde da Mulher, Atenção Integral à saúde das Crianças e os Adolescentes, Atenção integral às Pessoas Idosas, Atenção à saúde Bucal, o Programa das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (HAS, DM).

Ainda existe muito trabalho por fazer. Com as mudanças obtidas, o trabalho em equipe e a ajuda dos gestores de saúde do município, esperamos que se possa melhorar todos os indicadores de saúde do município.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Após ter realizado este Relatório de Análise Situacional, pode-se perceber uma melhora referente ao relatório feito na segunda semana do curso. Brindo a possibilidade de um maior conhecimento sobre a distribuição da minha população e sobre os serviços de saúde em nosso município. Também tive maior conhecimento sobre o desenvolvimento dos diferentes programas em nossa Unidade Básica de Saúde.

Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A atenção à saúde do idoso é uma questão prioritária na contemporaneidade, visto que o crescimento da população idosa nos últimos anos vem aumentando de forma gradativa (BRASIL, 2006). A Política Nacional de saúde da pessoa idosa, de acordo com a Portaria número 2.228 de 19 de Outubro de 2006, define que a atenção a esta população tem como porta de entrada a atenção básica de saúde. Brasil(2012). A Portaria 687 de 30 de Março de 2006, discorre sobre a promoção da saúde da população idosa, no que tange a implementações de ações locais, tendo como prioridade a divulgação e implementação da política nacional de promoção de saúde, alimentação saudável, prática de atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por acidente de trânsito, prevenção da violência e promoção de desenvolvimento sustentável deste grupo populacional.

A longevidade é sem dúvida um triunfo, mas muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não tem cura. O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da

reserva funcional dos indivíduos, existe ainda um grande desafio para nossos serviços de saúde com relação a promoção de um envelhecimento saudável. Acredito que, ainda é um desafio na atenção à pessoa idosa conseguir contribuir para que apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, essas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

Na UBS onde trabalho Luiza Do Carmo Fernandes, há uma população de 7.280 usuários a predominância do sexo feminino com 2462 mulheres, prevalecendo a faixa etária de 15 a 59 anos.

A Atenção à Saúde do Idoso é ainda uma ação programática que precisa avançar, a cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada é baixa, pois só temos 508 usuários que fazem acompanhamento em nossa UBS de 655 cadastrados, representando 78% de cobertura, destes, só 423 têm a consulta em dia, 83%. O atendimento aos idosos acontece no mesmo dia que é feita a consulta dos hipertensos e diabéticos pela médica e enfermeira da equipe, o que limita a cobertura de atenção, não se faz investigação de fragilidade de forma periódica, salientando-se que não existia um trabalho organizado e planejado à saúde das pessoas idosas, pois são poucos os que têm a caderneta. Na unidade, não existe um arquivo específico para os registros do atendimento e seria importante sua existência para verificar faltosos ao retorno programado, identificar usuários de risco, identificar procedimentos em atraso, identificar e controlar suas doenças crônicas. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas.

São realizadas atividades de promoção de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes usuários, através de palestras sobre promoção de hábitos alimentares saudáveis, onde se dá orientações gerais relacionadas à alimentação tendo em conta nas situações individuais de cada pessoa idosa e das doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade. Ainda temos muito trabalho para fazer, sobretudo para lograr uma correta avaliação de risco para morbimortalidade, pois

encontramos muitos pacientes com sequelas de doenças crônicas. Temos 61% dos idosos com hipertensão e 43% com diabetes mellitus. Pretendemos chegar a 95% de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde, tendo em conta que esta população é muito vulnerável a doenças que podem levar a incapacidades funcionais e diminuir a qualidade de vida dos idosos.

O trabalho de intervenção nos permite melhorar a qualidade de vida e garantir um incremento da expectativa de vida das pessoas idosas em nossa comunidade, pelo que o trabalho deve ser organizado para alcançar bom resultado, com objetivos de ampliar a cobertura da Atenção à Saúde do Idoso até 95%, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, melhorar o registro das informações e promover a saúde do idoso, através da meta de 100% destes indicadores, e para isso deveremos cadastrar esta população durante consulta e visita domiciliar.

Através do seguimento de consultas buscaremos identificar problemas, vou a criar uma equipe para atendê-los, além disso farei círculos de idosos realizando exercícios de reabilitação conforme a idade e limitações por doenças com sequelas. Essa é uma das motivações para realizar o projeto de intervenção. Além disso, pretendemos fazer avaliação do risco para morbimortalidade a todos os usuários identificar oportunamente àqueles usuários que precisam do tratamento odontológico e garantir o atendimento através de coordenações com o gestor.

A avaliação multidimensional rápida é deficiente, pois não existe uma equipe multidisciplinar para avaliação integral, os prontuários médicos estão desatualizados. Não existe arquivo para o registro de usuários. Um dos aspectos mais importante para desenvolver a intervenção é o trabalho em equipe, assim lograremos fazer atendimentos de qualidade a pessoa idosa.

Longevidade é sem dúvida um triunfo, mais muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não tem cura.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, existe ainda um grande desafio para nossos serviços de saúde com relação à promoção de um envelhecimento saudável. Acredito que, ainda é um desafio na atenção à pessoa idosa conseguir contribuir para que apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, essas pessoas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

O trabalho de intervenção nos permite melhorar a qualidade de vida e garantir um incremento da expectativa de vida das pessoas idosas em nossa comunidade, pelo que o trabalho deve ser organizado para alcançar bom resultado, com objetivos de ampliar a cobertura da Atenção à Saúde do Idoso até 95%, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, melhorar o registro das informações e promover a saúde do idoso, através da meta de 100% destes indicadores, e para isso deveremos cadastrar esta população durante consulta e visita domiciliar.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral :

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Luiza do Carmo Fernandes. Manaus/ AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 95%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **12** semanas na Unidade de Básica de Saúde (UBS) **Luiza do Carmo Fernandes**, no Município de **Manaus, estado de Amazonas**. Participarão da intervenção **625 idosos** a partir de 60 anos de idade, todos residentes na área de abrangência, cuja população total é de 7280 pessoas.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo: 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Metas 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o 100% a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente)

Detalhamento da ação:

A enfermeira atualizará uma vez por mês o cadastro dos idosos que nos permitiram monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade, apoiando-nos com a equipe nas reuniões de cada semana.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Acolher o 100% dos idosos. Cadastrar 95% dos idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Garantir o acolhimento dos 95% dos idosos através do projeto de intervenção, assim como fazer o verdadeiro cadastramento dos mesmos com ajuda dos agentes comunitários de saúde da área de abrangência.

O enfermeiro fiscalizará que cada um dos agentes comunitários de saúde fizesse o cadastramento dos idosos para um 95% de cobertura da área de abrangência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

A enfermeira Orientará a comunidade, através das palestras a importância do acompanhamento periódico dos idosos na unidade de saúde e assim com o comprometimento de todos poderem trabalhar com este grupo etário.

Com ajuda dos ACS a enfermeira estabelecer com as palestras planejadas que a comunidade conheça a existência do Programa de Atenção ao Idoso para que acreditem que atenção primária é a porta de entrada do SUS, onde é capaz de trabalhar com os programas de saúde com o objetivo de assistir e orientar a comunidade no que diz respeito a diagnóstico, tratamento, promoção a saúde e prevenção de agravos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento de ação

O médico planejará diferentes temas de atenção aos idosos e oferecer as mesmas em forma de conversas e trocas de experiências nas reuniões da equipe todas as semanas.

A enfermeira Oferecerá as agentes de saúde diferentes modo de atuação na busca ativa daqueles idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as atividades da visita domiciliar.

Objetivo: 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Metas. 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida do 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

A enfermeira examinará semanalmente a ficha espelho dos pacientes idosos em seguimento identificando aqueles com consultas, exames laboratoriais e vacinas em atraso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento da ação.

Exigir ao gestor a disponibilidade dos recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos na unidade de saúde.

Definir claramente nas reuniões da equipe as atribuições de cada Profissional na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos da unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação.

Os profissionais da equipe farão contato mensal com associação de moradores e representantes da comunidade de nossa área de abrangência na igreja da área para falar sobre a importância das avaliações dos idosos, e o tratamento oportuno das limitações para que possam exercer o controle social

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar aos profissionais para o atendimento de idoso, treinar o equipe para a aplicação da avaliação multidimensional rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Ocorrerá na UBS 2 horas antes do final do horário estabelecido para a reunião da equipe. Cada membro estudará uma parte e exporá para o restante da equipe.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação :Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosas.

Detalhamento: Semanalmente a enfermeira fará revisão da ficha espelho e monitorará os idosos com exame clínico não realizado.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas.

Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.

Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde farão a busca ativa dos idosos que não realizaram exame clínico apropriado, farão também agendamento prioritário das consultas de acordo aos horários que desejem os pacientes nas visitas domiciliares. O médico garantirá a referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades nas consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Detalhamento: O médico nas reuniões com a comunidade feitas na igreja da comunidade e nas consultas orientará os pacientes e comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão capacitações a todas as equipes na unidade.

Meta 2.3: Rastrear 100% dos pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: A enfermeira fará revisão da ficha espelho para avaliar os idosos submetidos ao rastreamento para HAS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: A técnica de enfermagem fará o acolhimento dos pacientes que buscam serviços na unidade e a enfermeira fará o controle do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, mantendo os aparelhos calibrados e solicitando a troca ou compra de novos quando necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Nas reuniões com a comunidade, na associação de moradores e representantes da comunidade feitas na igreja, os profissionais da equipe orientarão sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após 60 anos e sobre os fatores de risco.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A enfermeira fará capacitação semanal da equipe de saúde para verificar a pressão arterial na unidade.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar número de pessoas idosas submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente)

Detalhamento: A enfermeira fará revisão da ficha espelho para avaliar os idosos submetidos ao rastreamento para Diabetes Mellitus(DM).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de DM.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: A técnica de enfermagem fará o acolhimento dos pacientes que buscam serviços na unidade e a enfermeira fará a realização do hemoglicoteste , garantindo material adequado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Nas reuniões com a comunidade, na associação de moradores e representantes da comunidade feitas na igreja, os profissionais da equipe orientarão sobre a importância da realização do hemoglicoteste em as pessoas maiores de 60 anos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: A enfermeira fará capacitação semanal da equipe de saúde para verificar a realização de hemoglicoteste.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Semanalmente a enfermeira fará revisão da ficha espelho e monitorará os idosos com exame físicos dos pés não realizado.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes.

Garantir busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado.

Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde farão a busca ativa dos idosos que não realizaram exame físico dos pés apropriado, farão também agendamento prioritário das consultas de acordo aos horários que desejem os pacientes nas visitas domiciliares. O médico garantirá a referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades nas consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: O médico nas reuniões com a comunidade feitas na igreja da comunidade e nas consultas orientará os pacientes e comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão capacitações a todas as equipes na unidade.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A enfermeira monitorará semanalmente a ficha espelho de cada paciente para avaliar os pacientes com exames em dia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: A enfermeira e o médico garantirão a solicitação de exames em cada consulta. A enfermeira garantirá com o gestor municipal agilidade para realização dos exames estabelecendo contatos com laboratórios para a prioridade deles. A enfermeira fará monitoramento semanal das fichas espelho dos pacientes e estabelecerá sistema de alerta para a não realização de exame preconizada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares farão estas atividades

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Serão realizados na unidade na reunião da equipe 2 horas ao final da reunião. Será feito por o médico ou enfermeira.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Nas reuniões com a comunidade e nas consultas daremos a conhecer aos pacientes e familiares o acesso a os medicamentos de forma gratuita.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira fará o controle de estoque mensalmente garantindo com o gestor municipal a disponibilidade dos medicamentos na UBS

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Os profissionais da equipe nas reuniões coletivas, nas consultas, nas reuniões de grupo orientarão aos pacientes sobre o acesso aos medicamentos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico fará capacitação dos profissionais da equipe nas reuniões de equipe na UBS no tratamento da HAS e Diabetes e como orientar os pacientes sobre os medicamentos.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento. Os agentes comunitários de saúde farão cadastro nas visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os agentes comunitários garantirão o registro fazendo uma busca ativa dos pacientes na comunidade mantendo um contato direto com a associação de moradores e representantes da comunidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Nas reuniões com a comunidade os profissionais da equipe informarão a existência do programa.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: A enfermeira fará capacitação a cada 15 dias na unidade aos ACS.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A enfermeira fará monitoramento mensal das visitas domiciliares feitas pelos ACS com a revisão das fichas de visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os agentes comunitários farão agendamento das consultas domiciliares de idosos acamados ou com problemas de locomoção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento. Os ACS nas visitas domiciliares darão estas orientações

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: A enfermeira e técnica de enfermagem farão capacitações nas reuniões da equipe na UBS.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

Detalhamento: O médico monitorará em cada consulta e visita domiciliar com o exame bucal a todos os idosos para determinar aqueles com necessidade de atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde.

Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Detalhamento: Os agentes comunitários darão suporte nestas ações na unidade e estarão em contato direto com a odontóloga para organizar o acolhimento e a agenda dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Detalhamento. Os profissionais da equipe nas reuniões com a comunidade e as visitas domiciliar darão estas orientações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

Detalhamento. Na reunião da equipe de saúde, o médico e enfermeira farão a capacitação a toda a equipe sobre como realizar esta avaliação.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: A enfermeira fará revisão das fichas espelhos dos idosos cadastrados em acompanhamento odontológico e emitirá sinais de alerta para idosos faltosos a consulta.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

. Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.

Detalhamento: A técnica de enfermagem e enfermeira fará acolhimento dos idosos que buscarem serviços.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Nas reuniões com a comunidade feita na igreja, os profissionais da equipe farão estas atividades.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.

Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe na UBS, 2 horas antes do final da mesma, a enfermeira fará a capacitação da equipe.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Detalhamento: O médico monitorará em cada consulta e visita domiciliar com o exame bucal a todos os idosos para determinar aqueles com alteração da mucosa bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliadas.

Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

Detalhamento: A técnica de enfermagem e enfermeira fará acolhimento dos idosos que buscarem serviços.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca.

Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

Detalhamento. Os profissionais da equipe nas reuniões com a comunidade e as visitas domiciliares darão estas orientações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.

Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe na UBS, 2 horas antes do final da mesma, a enfermeira fará a capacitação da equipe.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Detalhamento: Os ACS farão monitoramento e identificação do idoso com necessidades de próteses dentárias nas visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses.

Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico fará o acolhimento dos idosos que buscarem serviços e detecção da necessidade de próteses dentárias.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

Detalhamento: Os profissionais da equipe darão orientações educativas semanalmente nas visitas domiciliares e consultas sobre importância a importância do uso das próteses dentárias.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias

Detalhamento: A enfermeira fará a capacitação mensalmente através de palestra a toda a equipe.

Objetivo3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira fará revisão das fichas espelhos dos idosos semanalmente para monitorar o cumprimento das consultas programadas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os ACS farão a busca dos pacientes faltosos e o agendamento das consultas no horário mais adequado para o paciente

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer os as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Os profissionais da equipe nas reuniões com a comunidade passarão estas informações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento. Nas reuniões da equipe a enfermeira fará a capacitação aos ACS na unidade sobre orientação ao idoso.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS.

Detalhamento. A enfermeira fará revisão mensal dos registros dos idosos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

Pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento. A enfermeira mensalmente revisará todas as fichas para conhecer o estado das consultas, exames e vacinas dos pacientes e criar um sistema de alerta para as situações de atrasos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Os profissionais da equipe farão palestras nas reuniões coletivas mensalmente para orientar aos pacientes sobre seus direitos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

Detalhamento: A enfermeira treinará a equipe nas reuniões mensalmente sobre o preenchimento dos registros.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: A enfermeira monitorará que as totalidades dos idosos cadastrados tenham caderneta de idoso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: A enfermeira solicitará ao gestor municipal o abastecimento das 625 cadernetas dos idosos cadastrados e das fichas complementares

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Os ACS, nas visitas domiciliares orientarão ao idoso sobre a importância de portar a caderneta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: A enfermeira nas reuniões da equipe na unidade fará a capacitação dos profissionais da equipe.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: A enfermeira realizará o monitoramento do idoso com risco de morbimortalidade, através do acompanhamento dos registros e agendará a consulta de acordo com o horário melhor para o paciente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Os profissionais da equipe farão a busca dos idosos de maior risco de morbimortalidade e farão agendamento prioritário da consulta no horário que eles estimar ser conveniente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: O médico e a enfermeira orientarão na consulta e visita domiciliar ao paciente idoso sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: O médico fará capacitação nas reuniões da equipe aos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliar e da comunidade monitorarão o número de idosos investigados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

Detalhamento: Os profissionais da equipe darão prioridade a toda pessoa idosa que procure atendimento na unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Os profissionais da equipe nas reuniões coletivas orientarão sobre o acompanhamento mais frequentes dos idosos fragilizados e sua importância.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: O médico fará capacitação aos profissionais da equipe nas reuniões mensais.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos as pessoas idosas acompanhados na UBS.

Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: Os profissionais da equipe farão avaliação dos idosos com rede social deficiente nas visitas domiciliar, faremos contato com associação de moradores e representantes da comunidade para conhecer os pacientes e sensibilizar a população para seu apoio.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde farão visitas domiciliares aos pacientes com rede social deficiente e farão o agendamento das consultas no horário de preferência deles.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Os profissionais da equipe farão reuniões na igreja da comunidade para estimular as pessoas idosas a socialização e estabelecimento das redes de apoio.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Ocorrerá na UBS no horário reservado para reunião da equipe. Cada membro estudará a parte do protocolo disponível que trata da rede social dos idosos e exporá ao restante da equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos as pessoas idosas.

Monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: O médico dará orientação nutricional em cada consulta e fará avaliação nutricional a todos os idosos nas consultas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe cada membro terá um tema e exporá para o restante da equipe sobre orientação nutricional

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Os profissionais da equipe darão orientações educativas aos idosos, cuidadores e a comunidade nas visitas domiciliares sobre adoção de hábitos alimentares saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira fará capacitação mensal na reunião da equipe através de palestra por meia hora sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis a todos da equipe.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas.

Monitorar o número de pessoas que realizam atividades físicas regular.

Detalhamento: Os agentes comunitários nas visitas domiciliares monitorarão os idosos que realizam atividade física regular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: A enfermeira e o médico farão reunião com o gestor municipal para que ele garanta as parcerias institucionais para realização de atividade física dos idosos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Os profissionais da equipe de saúde orientarão nas visitas domiciliares a realização de atividade física regular dos pacientes idosos. Estas orientações também serão dadas nas reuniões com a comunidade pelo médico e enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: A técnica de enfermagem fará mensalmente aulas demonstrativas sobre a realização de atividade física regular no idoso.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Os ACS farão monitoramento mensal do cumprimento das atividades educativas individuais nas visitas domiciliares

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O médico garantirá o tempo de consulta mensalmente e todo paciente sairá da unidade com a próxima consulta agendada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: O médico garantirá o tempo de consulta mensalmente e todo paciente sairá da unidade com a próxima consulta agendada.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A enfermeira fará a capacitação mensalmente a através de palestra a toda a equipe.

2.3.2 Indicadores:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 95%.

Indicador 1.1: Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa. Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de saúde. Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.2: Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia. Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.3: Numerador: Número de pessoas idosas com medida da pressão arterial na última consulta. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.4: Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes mellitus. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Indicador 2.5: Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia. Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6: Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.7: Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular. Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.8: Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados. Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9: Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar. Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.10: Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.11: Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12: Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13: Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1: Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS. Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 4.2: Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.3: Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Numerador: Número de pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.2: Numerador: Número de pessoas idosas com orientação para prática regular de atividade física. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 6.3: Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso vamos adotar o manual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde, 2006. Serão utilizadas as fichas espelho disponíveis no município e o prontuário do idoso para realização dos registros.

Estimamos alcançar com a intervenção os 625 idosos que corresponde a o 95% da cobertura da área de abrangência. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho e de acompanhamento de saúde necessária para imprimir as mesmas que serão anexadas aos prontuários, temos que fazer o atendimento de 52 idosos semanalmente para o acompanhamento mensal da intervenção e atingir a meta proposta.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para atendimento nos últimos 3 meses. O enfermeiro localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para as ficha espelho. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas, exames multidisciplinar, necessidades de atendimento da saúde bucal, idosos com HAS e DM, entre outras.

As equipes receberão capacitação sobre o Manual Técnico da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde, 2006. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, e para isso será reservado um turno das duas últimas semanas antes do início da intervenção e um turno durante a primeira semana da intervenção, durante as reuniões da UBS. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Responsável o médico da UBS.

Para viabilizar a ação de reunião com equipe de saúde e Secretaria Municipal temos que garantir a assistência de todos os funcionários municipais para explicar a importância de nosso foco de intervenção e garantir o apoio em todas as ações que temos que realizar durante a intervenção. Além disso, garantir a realização dos exames complementares e os medicamentos das farmácias populares para os idosos que sofrem de hipertensão e diabetes. Esta reunião será feita na primeira semana da intervenção na Secretaria Municipal de Saúde às 17 horas. Responsável o médico da UBS e Secretário de Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento das ações será feito com avaliação mensal do registro e atualização do cadastro dos idosos que nos permitam monitorar ao menos uma vez por mês a cobertura dos idosos da área de abrangência com acompanhamento na unidade. O cadastro será feito pelo enfermeiro na unidade básica de saúde.

Garantir o acolhimento dos 95% dos idosos, assim como fazer o verdadeiro cadastro dos mesmos. Feito por as agentes comunitárias da área de abrangência, prévio planejamento dos idosos, casos de urgências serão atendidos durante o acolhimento, se designara quatro fichas para aqueles que se encontrassem na busca ativa dos idosos que não assistem a consulta. Toda a equipe de saúde será responsável pelo acolhimento na UBS todas as quartas-feiras.

Monitorar uma vez por ano nos prontuários clínicos, a realização de Avaliação Multidimensional Rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde. Será feito pelo enfermeiro na UBS.

Efetivar-se o exame físico adequado aos idosos, para poder identificar os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos. Frequência mensal pelo enfermeiro na UBS.

Monitorar nos prontuários clínicos o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. Frequência mensal pelo enfermeiro na UBS.

Fazer monitoramento nos prontuários clínicos dos medicamentos utilizados por os usuários e conhecer se conhecer se são adquiridos nas farmácias populares. Frequência mensal pelo enfermeiro na UBS.

Fazer monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrada pelas agentes de saúde em seus registros arquivados na UBS. Frequência mensal pelo enfermeiro na UBS.

Fazer monitoramento das informações das agentes de saúde entregues em cada semana verificando a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Frequência semanal feito pelo médico na UBS.

Fazer revisão do número de idoso submetido rastreamento para HAS periodicamente a traves dos prontuários clínicos. Frequência mensal feito pelo médico na UBS.

Prevalecer-se acompanhamento do número idoso com pressão arterial sustentada maior que 130/80 mmhg para fazer rastreamento da DM. Frequência semanal feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Revisar sistematicamente os prontuários clínicos para monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico de idosos. Frequência semanal feito pelo médico na UBS.

Revisão dos prontuários clínicos dos idosos em busca do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Frequência mensal feita pelo médico e enfermeiro na UBS.

Avaliar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade básica de saúde com o objetivo de organizar o trabalho e facilitar a intervenção. Frequência mensal pelo médico e enfermeiro na UBS.

Completar e monitorar a entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos 100% dos idosos cadastrados. Fazer de imediato pelo médico e enfermeiro na UBS.

Fazer rastreamento na área de abrangência do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados para estabelecer ações de prevenção e promoção. Fazer mensalmente pelo médico e enfermeiro nas reuniões da equipe na UBS.

Avaliar a orientação nutricional dos hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos a traves do monitoramento dos prontuários médicos dos idosos cadastrados, assim como definir a quantidade de idosos com obesidade e ou desnutrição para ações de promoção e prevenção. Frequência mensal, feito pelo médico e enfermeira na UBS.

Revisar nos prontuários clínicos quantidade de idosos que recebem orientação de atividade física regular para todos os idosos, assim como definir o número de idosos que realizam atividade física regular. Frequência mensal, feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o acolhimento dos 95% dos idosos, assim como fazer o verdadeiro cadastro dos mesmos. Feito por as agentes comunitários da área de abrangência, prévio planejamento dos idosos, casos de urgências serão atendidos durante o acolhimento, se designara quatro fichas para aqueles que se encontrassem na busca ativa dos idosos que não assistem a consulta. A equipe de saúde será o responsável por o acolhimento na UBS todas as quartas-feiras.

Apresentar o projeto de intervenção ao gestor municipal com o objetivo de garantir por parte deles, os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos. Será feito de imediato na Secretaria de Saúde pelo médico.

Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Frequência mensal pelo médico e enfermeiro na unidade básica de saúde (UBS).

Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e ou diabéticos. Frequência mensal pelo médico e enfermeiro na UBS.

Esquadrilhar nos prontuários clínicos aqueles idosos que não realizaram exame clínico apropriado e recuperar o mesmo em consultas planejada. Frequência mensal pelo enfermeiro na UBS.

Agendar através dos dados oferecidos pelos ACS nas visitas domiciliares aqueles idosos hipertensos e diabéticos provenientes destas visitas e acolhe-los. Frequência semanal pelo enfermeiro na UBS.

Indicar exames complementários a todos os idosos avaliados em consultas ou visitas domiciliares. Frequência anual pelo médico e enfermeiro na UBS.

Garantir por meio do registro as necessidades de medicamentos dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade básica de saúde no período do ano. Frequência mensal pelo enfermeiro na Unidade Básica de Saúde.

Implantar o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa na UBS. Frequência mensal feita pelas agentes comunitárias de saúde na UBS.

Agendar as visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção previa coordenação com os agentes de saúde em cada reunião da equipe. Frequência semanal feito pelo médico na UBS.

Prioridade do acolhimento para os idosos portadores de HAS nos dias de atenção a idosos e coordenar através do gestor o material adequado para a toma da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde para todos os integrantes da equipe. Frequência mensal feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Constituir de forma organizada do acolhimento para os idosos portadores de DM nos dias do atendimento as pessoas idosas. Frequência semanal feito pelo médico na UBS.

Informar sistematicamente ao gestor de saúde as necessidades de atenção da saúde bucal dos idosos da área de abrangência. Frequência semanal pelo médico na UBS.

Planejar visitas domiciliares dos idosos faltosos a consulta, previa revisão dos prontuários e agendar com ajuda da equipe o acolhimento em consultas dos idosos faltosos. Frequência semanal feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Atualizar as informações do SIAB, através dos dados oferecidos e manter essa atualização. Frequência mensal feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Garantir com ajuda do gestor para implantar planilha e registro específico de acompanhamento do atendimento dos idosos. Será feito pelo médico e enfermeiro na Secretaria de Saúde.

Definir a entrega das informações uma vez ao mês por parte da equipe à Secretaria de Saúde para manter atualizados os registros onde o responsável do monitoramento é o enfermeiro. Frequência semanal.

Definir uma vez ao mês a entrega das informações por parte da equipe para manter atualizado o registro. Nomear ao enfermeiro como responsável do monitoramento dos registros.

Definir com o gestor a disponibilidade da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para completar o 100% dos idosos que ainda muitos não têm. Fazer de imediato pelo médico e enfermeiro na Secretaria de Saúde.

Planejar as consultas de acordo aos riscos de morbimortalidade que apresentam os idosos. Frequência semanal feito pelo enfermeiro na UBS.

Produzir ações pôr os agentes de saúde com apoio do médico e enfermeiro para garantir uma adequada orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Frequência mensal, feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Estabelecer as ações a fazer na orientação de atividade física regular, pelos agentes de saúde com supervisão do médico e enfermeiro. Frequência semanal, responsável o médico e enfermeiro.

Planificar as consultas tendo em conta as diferenças das orientações individuais para cada usuário, frequência semanal, responsável o médico e enfermeiro na UBS

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Lograr a participação da comunidade, através das palestras na UBS, aproveitar este espaço para que a comunidade conhecesse a existência de Programa Atenção ao Idoso para que acreditem atenção primária é a porta do sistema único de saúde com o objetivo de prever diferentes doenças. Serão feita mensalmente pelo médico e enfermeiro na UBS.

Aproveitar todos os cenários possíveis com a comunidade e explicar a importância destas avaliações para o diagnóstico e tratamento oportuno das doenças que podem trazer com o tempo uma diminuição da capacidade funcional dos idosos. Será feito mensal pelo médico e enfermeiro na UBS.

Fazer participar a cada usuário das condutas esperadas em cada consulta com orientações claras compreensíveis para eles e poder modificar estilos de vida saudável. Feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Aproveitar as palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulso e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Frequência mensal pelo médico e enfermeiro na UBS.

Explicar em palestras, consultas médicas e visitas domiciliares o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos farmácia popular/ hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Frequência mensal pelo médico e enfermeiro na UBS.

Aproveitar-se nas palestras a participação da comunidade para informar sobre os casos que precisem da visita domiciliar, e a disponibilidade das visitas para os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Frequência mensal feita pelo médico na UBS.

Aproveitar dos espaços das palestras para explicar a comunidade sobre a realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, assim como os fatores de risco para a HAS. Frequência mensal feita pelo médico e enfermeiro na UBS.

Aproveitar as palestras para informar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnósticos de Hipertensão Arterial Sistêmica, prévio planejamento nas reuniões da equipe dos temas a oferecer em cada palestra, feito mensalmente na UBS, pelo médico e enfermeiro.

Usar as palestras para informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos. Frequência semanal feita pelo médico e enfermeiro na UBS.

Realizar palestras a comunidade sobre a importância de realização das consultas, para prevenir doenças crônicas e complicações das mesmas, além de aproveitar outros cenários como as consultas e visitas domiciliares planejadas para explicar sobre a periodicidade das mesmas. Frequência mensal feito pelo médico e enfermeiro na UBS

Informar e criar consciência aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando assistem a consultas em outros de níveis de atenção. Fazer de imediato pelo médico e enfermeiro na UBS

Informar e criar consciência aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando comparece a consultas em outros níveis de atenção. Fazer de imediato pela médica e enfermeiro na UBS.

Aproveitar as palestras com o grupo de idosos, assim como nas consultas e visitas domiciliares para explicar o risco e a importância do acompanhamento dos que apresentam alto risco. Feito mensal pelo médico e enfermeiro na UBS.

Perpetrar palestras com a comunidade cuida dores e os grupos de idosos para educar e trocar experiências sobre os benefícios de ter hábitos alimentares saudáveis. Frequência mensal, feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Informar-nos diferentes espaços de consultas, visitas domiciliares a importância da realização de atividade física regular. Frequência mensal feito pelo médico e enfermeira na UBS.

Apresentar nas palestras para idosos e familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Feito pelo médico e enfermeiro semanalmente na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Planejar diferentes temas de atenção aos idosos para sejam oferecidos nas reuniões da equipe em forma de conversa junto com os agentes de saúde para trocar experiências no modo de busca ativa daqueles idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando as visitas domiciliares, será feito mensalmente na UBS, nos espaços das reuniões da equipe, pelo médico e enfermeiro.

Debater nas reuniões e informar os protocolos adotados pela UBS para o atendimento dos idosos, assim como estabelecer a participação da equipe nas consultas dos idosos com o objetivo de criar habilidades para a avaliação multidimensional rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Frequência mensal feito pelo médico na UBS.

Estabelecer a participação dos membros da equipe em cada consulta para criar habilidades e capacidades na realização de exame clínico apropriado e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Frequência mensal pelo médico na UBS.

Planejar nas reuniões a capacitação da equipe sobre temas do protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementar. Serão feitos pelo médico mensalmente.

Planejar nas reuniões atualização da equipe sobre temas do tratamento da hipertensão e diabetes, assim como devem orientar aos usuários diabéticos sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos na farmácia popular /hiperdia. Frequência mensal pelo médico e enfermeiro na UBS.

Fazer reuniões da equipe capacitação as ACS sobre cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Feito pelo médico com uma frequência mensal.

Desenhar nas reuniões da equipe a orientação sobre o cadastro aos agentes a identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como o reconhecimento dos casos que necessitem de visita domiciliar, feitos mensalmente pelo médico.

Dispõe a presença da equipe da UBS nas consultas médicas para verificação da pressão arterial, assim como dedicar um tempo nas reuniões da equipe para exercer comprovação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo adequado uso de manguito. Feito pelo médico e enfermeiro semanalmente na UBS.

Treinar a equipe na realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnósticos de Hipertensão Arterial Sistêmica, fazer de imediato na reunião da equipe próxima terça feira pelo médico e enfermeiro na UBS.

Proporcionar nas reuniões da equipe orientações de capacitação para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Frequência mensal feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Destinar um tempo na reunião da equipe para adestrar as agentes de saúde para orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade para uma adequada organização do trabalho. Frequência mensal feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Habilitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários do atendimento aos idosos. Fazer de imediato pelo médico e enfermeiro na UBS.

Treinar a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa, nas reuniões da equipe. Serão feitos de imediato pelo médico e enfermeiro da UBS.

Facilitar nas reuniões da equipe capacitação para os profissionais e assim lograr identificação oportuna de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Frequência mensal pelo médico e enfermeiro na UBS.

Proporcionar e capacitar a equipe de saúde sobre as informações que ajudem na capacitação deles para promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação saudável ou o guia alimentar e para a população brasileira para o grupo de idosos hipertensos e diabéticos. Frequência mensal, feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Abonar diferentes metodologias a equipe como deve orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular. Frequência mensal, feito pelo médico e enfermeiro na UBS.

Proporcionar orientações à equipe durante os diferentes encontros sobre a higiene bucal e de próteses dentária dos idosos. Frequência semanal pelo médico e enfermeiro na UBS.

2.3.4 Cronograma.

[illegible]

[illegible]

Relatório da Intervenção:

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O trabalho de intervenção foi iniciado faz três meses o 18 de setembro de 2015, muito desafios tiveram que passar para obter os resultados que temos proposto, mais não foi em vão, hoje logo de três meses já falamos de um programa de idosos que tem 625 usuários donde se a feito seu agendamento e temos um trabalho organizado e com muita conquista. Temos que dizer que para poder fazer o trabalho tivemos que desenvolver várias ações, garantindo primeiro a capacitação da equipe de trabalho, a conscientização dos gestores e da comunidade e trabalhadores as reuniões da equipe e os recursos materiais para começar, como a ficha espelho, a caderneta o cadastro dos idosos pôr a equipe, a organização do atendimento e atendimento odontológico, a realização dos exames laboratoriais na visita a domicilio as palestras desenvolvidas por os profissionais , tendo dificuldades ao início com a organização do atendimento, sincronizado com odontologia a caderneta não entregueada para o total dos idosos e garantir com prioridade a realização dos exames laboratoriais com muitas facilidades já que o equipe de trabalho está completo, e temos um laboratório com reativos necessários para suprir as necessidade, um centro de convivência para idosos com todas as condições que facilito nosso trabalho, ao final forem resolvidas as dificuldades e desenvolvido o trabalho como foi planejado, ao final cumprimos integralmente todas as ações propostas.

Durante o trabalho se fizerem todas as ações previstas pela a equipe logrando a meta proposta de pesquisar os idosos e incorporar os ao programa, se resolveu as dificuldades como completa mento da caderneta, uma semana que tivemos os medicamentos em falta e a busca ativa dos idosos faltosos a consulta de odontologia.

As ações desenvolvidas no projeto se incorporarem a rotina de serviço, constituindo uma facilidade para o atendimento dos idosos, sendo viável e acreditado tem continuidade no serviço da unidade. Temos que incorporar a rotina o oferecimento do café de amanhã adequado para os idosos, fundamentalmente aqueles que têm que esperar seu atendimento e tem uma diabetes.

Também as ações da intervenção já estão incorporadas ao trabalho diário da equipe e se observa motivação pôr os trabalhadores, acham que a melhoria no atendimento, os idosos estão motivados e assistem a consulta sem dificuldade, acreditamos o programa tem continuidade e também incorporaremos pouco a pouco os demais programas para assim melhorar a saúde de todos no município e por tanto contribuir na melhoria dos indicadores de saúde no Brasil.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apresentamos algumas dificuldades no início da intervenção, como por exemplo, na organização do atendimento sincronizado com a odontologia devido excesso das outras demandas; fazer a avaliação dos idosos no mesmo dia da consulta médica. A falta da caderneta do idoso impediu a distribuição para todos os idosos, mas depois conseguimos resolver esses problemas. Não havia prioridade na realização dos exames laboratoriais e outros, mas conseguimos garantir priorização conforme necessidade. Pode se afirmar que o processo de trabalho está organizado no centro de saúde. Sendo assim, durante a intervenção todas as ações previstas pela equipe foram desenvolvidas, portanto não há ações previstas pela equipe que não foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação às dificuldades encontradas na coleta de dados e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo de indicadores, inicialmente houve dificuldade de entender o preenchimento dos dados gerando indicadores incorretos, mas as dúvidas foram esclarecidas e o problema foi resolvido satisfatoriamente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações desenvolvidas no projeto estão incorporadas na rotina do serviço, constituindo uma facilidade para o atendimento dos idosos, vamos continuar com as reuniões de equipe para continuar com o planejamento, capacitação da equipe, organização do processo de trabalho, monitoramento e avaliação. Estamos mantendo a prioridade dos idosos nas consultas e visita domiciliar, mantendo um bom acolhimento, continuar fazendo um registro atualizado de todos os idosos, continuar o cadastramento, avaliando as fragilidades e doenças que se apresentem, avaliação multidimensional rápida periodicamente, as complicações das doenças crônicas os exames periodicamente a pesquisa de diabetes sobre todo em idosos hipertensos e sobre todo a avaliação pelo dentista, continuaremos no resgate dos faltosos à consulta agendada e cumprindo com as indicações do programa estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Para alcançar todos esses objetivos e metas, tivemos o apoio da equipe de trabalho e da comunidade. É notável motivação da equipe; a comunidade demonstra satisfação com a melhoria do atendimento, os idosos estão motivados e comparecem à consulta sem dificuldade. Acreditamos que o programa terá continuidade, pois sensibilizou a gestão, a comunidade e a equipe. Pretendemos também desenvolver aos poucos outras ações programáticas focando as demais populações alvos, objetivando a melhoria a saúde da população do município, melhorando os indicadores de saúde no Brasil.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a melhoria da qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS Luiza Do Carmo no município Manaus estado Amazonas. No início da intervenção havia cadastrados 655 idosos residentes na área adstrita, mas só 508 eram acompanhados na unidade, representando (78%) da população cadastrada.

Serão apresentados os resultados com base nas metas propostas, destacando seus aspectos quantitativos e qualitativos referentes a cada indicador.

Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso:

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso

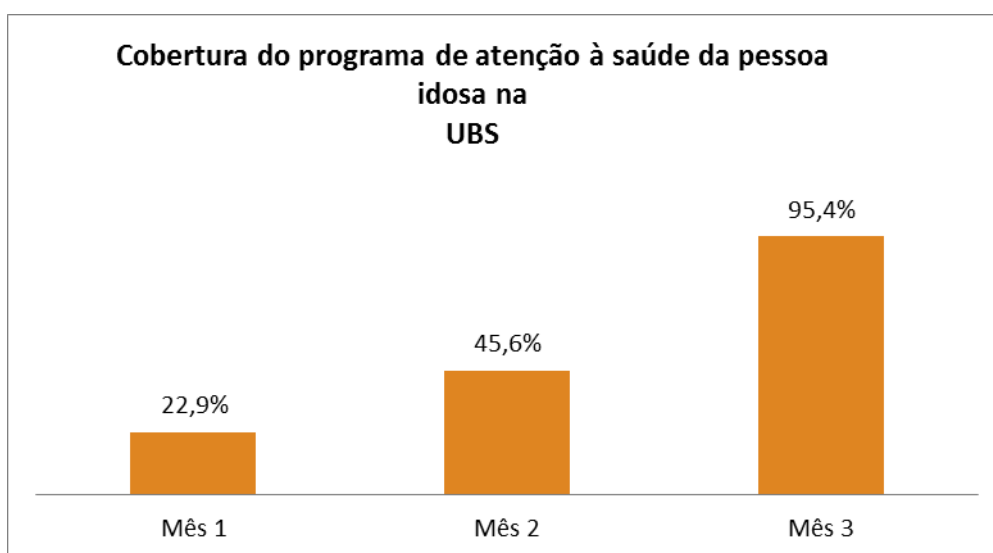
Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 95%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Atualmente, temos cadastrados e atendidos ao final das 12 semanas de intervenção, no primeiro mês se cadastraram e foram atendidos 150 idosos (22,9%), no segundo mês 299 idosos (45,6%) e terceiro mês 625 idosos (95,4%) acreditamos temos logros visíveis no período de três meses o seja 12 semanas que desenvolvemos o trabalho, destacando que o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, teve muita repercussão nos resultados, podemos falar que durante a etapa fomos apoiados pelos gestores de saúde do município.

Também destacando o trabalho da equipe que foi muito bom, logrando o objetivo proposto de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, se trabalha com a continuidade do projeto, para melhorar ainda mais e, manter o programa de idosos e, com este contribuir para fortalecer e melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas idosas, contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível no Brasil.

Gráfico1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde UBS. Luiza Do Carmo, AM, 2015.



Fonte: Planilha coleta de dados.

Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

Relativas ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 2: Realizar Avaliação multidimensional rápida ao 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Ao início do trabalho nesta unidade, a proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida era muito baixa só tinha avaliado 18 % e logo depois do trabalho realizado, pela equipe durante a intervenção temos 625 idosos avaliados (100%); sendo esta avaliação muito importante em benefício da saúde dos idosos.

Durante as quatro semanas iniciais, logramos fazer a avaliação a 150 idosos (100%); detectando quatro idosos com problemas de nutrição, que garantimos o retorno a consulta em uma semana depois da consulta inicial e logramos intervir e fazer gestões com assistente social para lograr uma melhoria em sua alimentação para evitar e prevenir danos maiores a saúde e consulta com nutricionista.

Nas próximas quatro semanas, também se fez a avaliação a 149 idosos (100%) e detectamos 50 deles com problemas 38 na visão, e três de incontinência sendo encaminhados com respectivos especialistas para serem avaliados como corresponde, nas próximas 4 semanas avaliamos 326 (100%), continuamos trabalhando com os idosos que tinham problemas e avaliamos 100% dos idosos que vieram a consulta, em visita domiciliar avaliamos 70 (100%) dos idosos acamados.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em dia 100% dos idosos em consulta, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

A proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, temos que dizer que no município no início, não tinha-se o exame clínico apropriado em dia, nem tinham ficha, com o trabalho desenvolvido na área fizemos o exame clínico durante o primeiro mês aos 150 idosos (100%) , durante o segundo mês 149 idosos (100%) e durante o terceiro mês 326 idosos (100%) do total cadastrados no programa, tendo dificuldade com a avaliação deles por oftalmologia no município, para garantir

exame de fundo de olho fundamentalmente, para os idosos diabéticos e hipertensos, além disso, encaminhamos 10 diabéticos para serem avaliados por ter dificuldade na visão, e três já tem consulta realizada, só faltam sete que tem sua consulta agendada, também logramos pesquisar os diabéticos com lesões nos pés, logrando melhorar as lesões. Hoje, todos os usuários idosos da área tem um exame clínico, que nos permite ter uma classificação do risco e poder atuar de acordo as necessidade de cada um.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de saúde.

Meta 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica

A proporção de idosos rastreados para hipertensão arterial sistêmica durante o primeiro mês correspondeu com a totalidade dos idosos cadastrados em consulta 150 idosos para um 100%. No segundo mês, foram rastreados 149 idosos para o 100% de rastreamento e no terceiro mês 326 para o 100% de idosos rastreados para Hipertensão arterial sistêmica.

Na UBS, já vínhamos desenvolvendo um trabalho em nossa consulta e podemos falar que o 100% de nossos idosos a sido rastreados para hipertensão arterial logrando fazer a medição da pressão a todos, constituindo este o exame muito importante dos idosos pela mobilidade que representa nesta faixa etária, evitando as complicações de órgãos alvos, logrando melhorar a qualidade de vida, tendo em conta que é o objetivo fundamental de nosso projeto. Tivemos dificuldade em nossa área, uma semana por falta de aparelho de pressão, mas foi resolvido na próxima semana e, o total de hipertensos tem seu exame clínico e laboratorial feito. Com isso, pudemos diagnosticar precocemente naqueles pacientes que começam com hipertensão e indicar o tratamento oportunamente, diminuindo as sequelas que podem aparecer ante uma hipertensão não tratada.

Para chegar a este resultado foi muito importante o trabalho em equipe, sempre se fez o agendamento dos pacientes com verificação da pressão, antes do começo da consulta pela técnica de enfermagem. Também nas visitas a domicilio

dos pacientes acamados realizou-se a pesquisa de HTA, isso há contribuído para evitar complicações importantes dos idosos.

Meta 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.4. Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes.

No primeiro mês da intervenção, estudamos todos os idosos cadastrados para Diabetes Mellitus com um total de 150 (100%); diabéticos 86 (100%) e que participarem no programa; só foi necessário encaminhar 3 idosos com insuficiência cardíaca e precisavam de avaliação cardiológica e um ecocardiograma, no segundo mês também se fez exames a 149 idosos (100%) deles 83 diabéticos completando 169 pacientes até o momento, também podemos falar que cumprimos com o 100% dos idosos acompanhados sendo a meta proposta neste trabalho. O cumprimento desta meta a sido possível, graças ao trabalho desenvolvido pela equipe durante toda a intervenção, na busca da ativa dos idosos e organização das consultas e controle dos idosos.

Meta 2.5. Realizar exame físico apropriado dos pés aos pacientes com diabetes

Indicador 2.5. Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Com respeito ao exame físico apropriado dos pés em pacientes diabéticos, no primeiro mês da intervenção foram examinados todos os idosos diagnosticados com Diabetes Mellitus, de um total de 150 idosos cadastrados (100%); diabéticos 86 (100%) e que participarem no programa, segundo mês também se fez exames dos pés a 149 idosos cadastrados (100%) deles examinados, 83 diabéticos completando 169 pacientes até o momento. Durante o terceiro mês, se completarem 122(100%) idosos com exames dos pés completarem 291 idosos (100%). O cumprimento desta meta,foi possível graças ao trabalho desenvolvido pela equipe de trabalho, durante toda a intervenção na busca ativa dos idosos e, organização das consultas e controle dos idosos.

Meta 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

A proporção de idosos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, temos que dizer que em nossa unidade no início não se tinha a solicitação de exames periódicos em dia, só uma proporção dos idosos com acompanhamento na consulta de Hiperdia. O trabalho desenvolvido na área, fizemos a solicitação dos exames a todos os idosos cadastrados durante o primeiro mês a 150 idosos (100%), durante o segundo mês 149 idosos (100%) e durante o terceiro mês 326 idosos (100%), do total cadastrados no programa, tendo dificuldade para avaliação para a especialidade de Oftalmologia. Hoje, todos os pacientes idosos da área têm os exames complementares solicitados em dia, o que nos permite ter uma classificação de risco e poder atuar de acordo as complicações que podem aparecer, durante a evolução das doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.7: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Nossa unidade fica perto de uma farmácia popular onde houve problemas o ano anterior, pois a distribuição de medicamentos não se fazia continuamente, já faz 6 meses que a distribuição continua pelo que durante a intervenção no primeiro mês 150 (100%) idosos adquiriram os medicamentos na farmácia popular, no segundo mês 149 (100%) de idosos, no terceiro mês 326 (100%) cumprindo com a meta proposta de prescrever aos 100% dos idosos medicamentos da farmácia popular, e garantindo que os pacientes se mantenham compensados de suas doenças e, com isso melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Na segunda semana da intervenção, havia problemas com ausência da losartana, mas em breve tempo se resolveu e garantimos que se entregaria o medicamento com os agentes de saúde. Uns de nossos propósitos fundamentais no programa é melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo os recursos mínimos para suprir as necessidades deles e evitar complicações das doenças. É muito importante manter a continuidade do abastecimento de medicamentos, pelo que há que continuar trabalhando neste sentido.

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.8: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Em relação aos idosos acamados na área, logramos cadastrar durante o primeiro mês 19 (100%), no segundo mês 26 (100%) e terceiro mês 25 (100%) concluindo as 12 semanas com 70 (100%) idosos acamados e com problemas de locomoção; para chegar ao cumprimento desta meta e portanto lograr o objetivo desejado, precisamos realizar um trabalho intenso organizando as atividades e cada semana avaliando os resultados.

Temos que reconhecer o trabalho desenvolvido por todos os integrantes da equipe nesta tarefa muito importante, assim todas as semanas organizar e planejar as visitas ao domicílio. Este trabalho nos ajudou muito para conhecer o estado atual de nossos idosos e, as medidas que temos que desenvolver para lograr melhorar as doenças dos idosos e necessidades.

Meta 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

No primeiro mês se visitarem em domicilio 19 (100%); no segundo mês se visitarem 26 (100%); no terceiro mês se visitarem 25 (100%). Dos 70 idosos cadastrados acamados se visitou 100% em domicilio; no primeiro mês tivemos problemas com um idoso que não estava sendo bem atendido com a família, estava isolado, deprimido, com uma broncopneumonia e logramos conversar com seu filho, para melhorar o atendimento, fizemos os exames e se fez tratamento em seu próprio domicilio, hoje esse idoso este bem graças ao trabalho desenvolvido por a equipe.

No segundo mês, cadastramos 26 idosos todos se visitaram e neste caso tivemos dos idosos que ficavam a maior parte do tempo sozinho e precisarem de cuidadores e se garantiu, resolvendo o problema logrando um melhor atendimento destes idosos, para isso, tivemos que falar com assistente social e a família dos idosos. No último mês, se pesquisarem 25 idosos todos visitados pela equipe de trabalho, durante as visitas fizemos várias atividades, caderneta preenchida, coleta de exames, aquele que precisarem avaliação por odontólogo.

O objetivo fundamental do trabalho é garantir a melhoria da saúde dos idosos, cumprindo com este objetivo e logrando adesão ao programa deste grupo muito

vulnerável como são os idosos com problemas de locomoção e acamados, temos que continuar trabalhando para dar continuidade ao programa.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi avaliado 100% dos idosos, no primeiro mês da intervenção se pesquisaram e avaliaram em consulta 150 (100%) idosos, tivemos dificuldade com um idoso que não foi avaliado e foi visitado pelos agentes de saúde e se recuperou, no segundo mês 149 (100%) idosos avaliados; no terceiro mês 326 (100%) idosos avaliados; temos que destacar o trabalho feito por todos os integrantes da equipe, temos que dizer que se cumpriu o objetivo proposto e, a meta de 100% avaliados, portanto melhorar a saúde bucal deste grupo etário muito vulnerável às doenças odontológicas. Participou neste trabalho, a odontóloga, a técnica de odontologia, desenvolvendo palestras durante o agendamento dos idosos e também avaliando os idosos acamados.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Proporção de idosos com a primeira consulta Odontológica programada em dia corresponde aos 100%. No primeiro mês da intervenção, se programou em consulta odontológica 150 (100%) pessoas idosas, segundo mês 149 (100%) e terceiro mês 326 (100%), durante as 12 semanas desenvolvidas, a intervenção se programou em consulta os 625 (100%) idosos, já que o mesmo dia que fazemos a consulta, se avalia em consulta por odontologia e se faz a programação; este trabalho foi organizado para garantir e facilitar o atendimento rápido e eficiente dos idosos tratando de resolver na medida possível suas necessidades no menor prazo, há sido muito interessante ver como se faz tudo quando se tem o propósito. Todo

este trabalho há sido possível, graças à dedicação e organização do equipe de trabalho.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

A proporção de idosos com avaliação de alteração de mucosa bucal foi avaliado os 100% dos idosos cadastrados, no primeiro mês da intervenção se pesquisaram e avaliaram em consulta 150 (100%), tivemos dificuldade com a avaliação de dois idosos acamados, mas foram recuperados ao final da semana, no segundo mês 149 (100%) idosos avaliados; no terceiro mês 326 (100%) idosos avaliados; temos que destacar o trabalho feito por todos os integrantes do equipe e a especialidade de Odontologia, temos que dizer que se cumpriu o objetivo proposto e, a meta de 100% avaliados, para melhorar a saúde bucal deste grupo etário muito vulnerável as doenças odontológicas. Participaram neste trabalho, a odontóloga, a técnica de odontologia, desenvolvendo palestras durante o agendamento dos idosos e, também avaliou os idosos acamados.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Durante o atendimento Odontológico da pessoa idosa, foi possível uma avaliação de necessidade de prótese dentaria, a qual foi feita a totalidade dos idosos cadastrados. No primeiro mês da intervenção, em consulta odontológica 150 idosos (100%), com necessidade de prótese dentária 72 idosos (48 %), no segundo mês 149 (100%) com necessidade de prótese dentaria, 95 idosos (63%), no terceiro mês 326 (100%) com necessidade de prótese dentaria, 222 idosos (68%) durante as 12 semanas desenvolvida a intervenção se faz avaliação aos 625 (100%), deles 389 idosos (62%) com necessidade de prótese dentaria.

Relativa ao objetivo3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde de idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3. 1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Proporção de idosos faltosos durante o primeiro mês foi de 19 (12,6%) idosos que correspondem aos idosos acamados, com busca ativa e recuperados em seu domicílio os 100%, no segundo mês faltosos as consultas 26 (17,4%), no terceiro mês faltosos a consulta 25 (7,6%) recuperados os 25 idosos em seu domicílio, pois ficavam em correspondência com o número de idosos acamados. A meta proposta foi cumprida já que nos propusemos 100%, mas a equipe de saúde tem a tarefa de continuar com a pesquisa de todas as pessoas maiores de 60 anos acamados, para garantir que 100% dos idosos sejam atendidos e avaliados de forma geral.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Proporção de idosos com registros na ficha espelho no primeiro mês 150 (100%) idosos com ficha espelho preenchida, no segundo mês 149 (100%) idosos com ficha espelho preenchida, no terceiro mês 326 (100%) idoso com ficha espelho preenchida; tendo que destacar o trabalho feito pelos agentes de saúde, que ajudaram no registro dos dados preliminares e iniciais. Este instrumento garantiu-se antes do começo da intervenção e, ainda estamos trabalhando, sendo muito importante já que nos guia no atendimento e na história de acompanhamento para avaliação dos idosos, preencheu-se 100% durante os três meses da intervenção.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

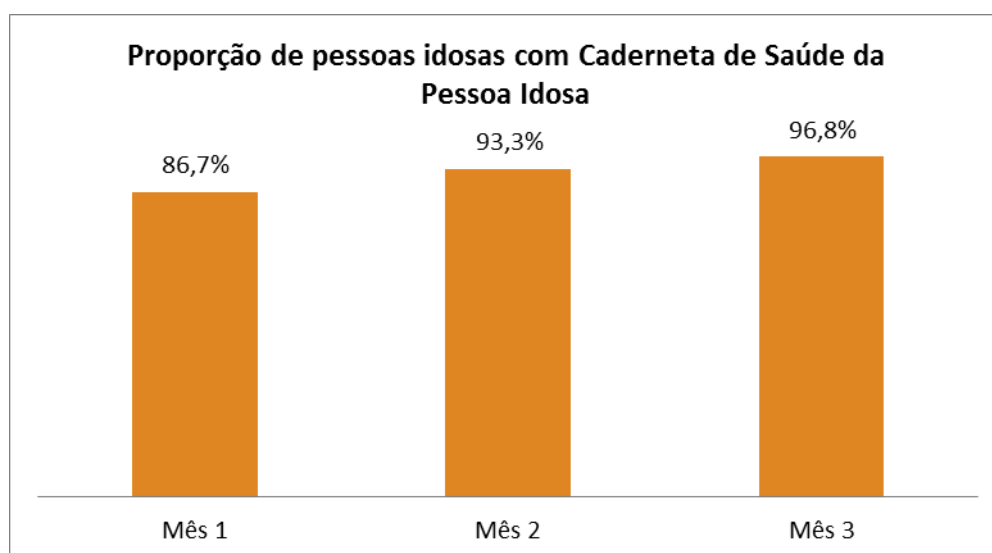
Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Durante o primeiro mês da intervenção entregou-se e foi preenchida a caderneta a 130 (86,7%) idosos de 150 cadastrados no programa; no segundo mês entregou-se e foi preenchida aos 149 idosos cadastrados, mas só alcançando uma totalidade de 279 (93,3%) de idosos com caderneta, ficando ainda 20 idosos pendentes do mês anterior; durante o terceiro mês entregou-se a caderneta a 326 (100%) idosos, para finalizar com 605 (96,8%) idosos com a caderneta preenchida, não alcançando 100% deste indicador como tínhamos previsto, já que as cadernetas não foram completadas no primeiro mês e, se entregaram na consulta de retorno.

Sendo esta caderneta um importante documento donde registramos todos os dados de nossos pacientes com sua história e, todas as particularidades dando um seguimento adequado nos usuário. Na entrega deste documento participou a equipe de trabalho durante a pesagem, toma da pressão, já quando chegava à consulta levavam o seu documento com os dados preliminares de endereço, nome e sobrenome preenchidos. Atualmente, temos as cadernetas e entregaram-se em consulta de retorno dos idosos, que faltaram, dando continuidade ao trabalho para lograr uma melhoria do registro das informações das pessoas idosas e garantir um melhor atendimento dos idosos.

Gráfico 2: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. UBS Luiza Do Carmo. Manaus. AM. 2015.



Fonte: Planilha coleta de dados

Relativa ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

Indicador 5.1: Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Durante o primeiro mês avaliamos 150 (100%) idosos, quanto ao risco de morbimortalidade, no segundo mês avaliamos 149 (100%) idosos avaliados e, durante o terceiro mês 326 (100%), logrando 100% desejado dos idosos avaliados, quanto ao risco de morbimortalidade; constituindo um elemento muito importante no acompanhamento de nossos idosos para poder desenvolver ações que ajudem a melhorar a saúde e, também contribuir ao melhoramento da qualidade. Este indicador foi possível, graças ao trabalho da equipe que cadastrou todos os idosos e, também os gestores de saúde que garantiram os recursos necessários para a intervenção dos idosos.

Relativa ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia corresponde durante o primeiro mês 150 (100%) idoso, no segundo mês 149 (100%) de idosos avaliados e, no terceiro mês 326 (100%) idosos avaliados, este parâmetro nos ajuda desenvolver um grupo de ações que permitem a melhoria da saúde e qualidade de vida dos idosos. Durante toda a intervenção logramos fazer a avaliação ao 100% dos idosos totalizando 625 nos três meses.

Relativa ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Durante o primeiro mês da intervenção, avaliou-se a rede social 150 (100%) idosos, no segundo mês 149 (100%) e, no terceiro mês 326 (100%) de idosos avaliados, ao final temos 100% idosos avaliados. Destes idosos, três moram sós, logrando contatar com a família e garantir o cuidador para ajuda necessária destas pessoas da terceira idade. Devemos relatar que, no primeiro mês, se logrou mediante as ações da equipe de trabalho resolver a situação de idoso que,

encontramos morando sozinho no quarto do fundo da casa tirado uma rede, deprimido com muitas tosse, com secreções abundantes, falta de ar e com estado higiênico deplorável, enfim condições deprimentes, localizamos uma filha e falamos com ela, aplicamos tratamento na casa e hoje o idoso caminha e tem muito bom estado de ânimo, reunimos também a família, filho com quem morava e falamos do apoio que tem que ter as pessoas idosas, a importância que tem estar pendentes e não tratar os como algo inútil e insensível. É muito importante o apoio psicológico e social, aqui também interveio a nutricionista e a psicóloga, a quem encaminhamos o paciente.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

A proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis foi 100%, elemento fundamental para manter a saúde das pessoas; durante o primeiro mês 150 (100%) idosos receberam orientações para hábitos alimentares saudável, no segundo mês 149 (100%) idosos. No terceiro mês 326 (100%) idosos. Nas 12 semanas realizamos trabalho orientando os idosos, tanto individual como coletivamente, em palestras desenvolvidas, foi feito em duas oportunidades, um café da manhã, demonstrativo da alimentação saudável, realizando um intercâmbio entre os idosos, isso feito antes do começo da consulta com intervenção da nutricionista da área, algo que motivou muito os idosos. Isto contribuiu muito na saúde e compensação das doenças dos idosos.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

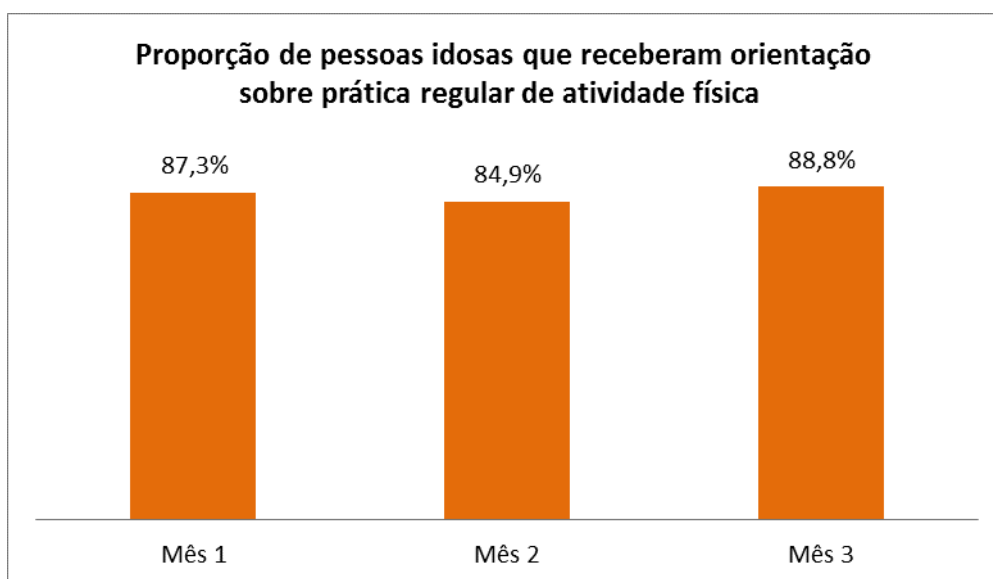
Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Durante o primeiro mês da intervenção, receberam orientação sobre prática regular de atividade física 131 (87,3%) idosos, durante o segundo mês 123 (84,9%) idosos e, durante o terceiro mês 301 idosos (88,8%), totalizando ao final com 555

(88,8%) idosos, orientados sobre prática de atividade física regular. Não alcançando 100% deste indicador como tínhamos previsto, correspondendo com os idosos acamados em totalidade 70 que, receberam orientação sobre medidas de reabilitação dependendo com o grau de limitação.

Em relação aos idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, é bom destacar que a população esta beneficiada pelo Centro de Convivência para idosos onde recebem atividades físicas reabilitadoras e culturais diárias, pesquisa de pressão arterial, antes de começar as atividades esportivas, e durante as 12 semanas logramos fazer varias atividades orientando sobre a importância, que tem-se que fazer exercícios e, manter a movimentação das articulações, os benefícios que tem estes na saúde .

Gráfico 3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. UBS. Luiza Do Carmo. Manaus. AM. 2015.



Fonte: Planilha Coleta De Dados

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

A proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia foi de 625 (100%), durante o trabalho no primeiro mês foram orientados 150 (100%), no segundo mês 149 (100%) e, no terceiro mês 326 (100%) de idosos

orientados individualmente, durante toda a etapa da intervenção e continuamos trabalhando, para seguir atualizando e pesquisando os idosos, logrando que sejam atendidos em consulta. Este trabalho se faz na área, em consulta individual com o odontólogo, em consulta médica e o trabalho que fazem os agentes de saúde na área.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Luiza Do Carmo Fernandes do município Manaus. AM, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos de um 78% a um 95,4% depois da intervenção na área de saúde a melhoria dos registros e a qualificação da atenção dos idosos como demonstram os indicadores que exhibe a intervenção, melhorou o trabalho da equipe a qualificação profissional através da capacitação com base no protocolo do Ministério da Saúde. Também se melhorou o registro dos pacientes tais como ficha espelho, caderneta para idosos, agendamento organizado dos idosos o que viabilizo a atenção a um maior número de pessoas y a otimização da agenda para atenção da demanda espontânea, estas atividades propiciarem a integração do trabalho da médica, enfermeira, técnica de enfermagem e recepção, também existe maior vínculo com a família dos idosos nas visitas dos acamados e os idosos atendidos em consulta, o atendimento odontológico com prioridade e prevenção de saúde bucal , a adesão ao programa , a bus queda ativa dos idosos que foi um sucesso já que não se havia feito antes , todos estes logros graças ao trabalho em equipe e a equipe de trabalho também o apoio da comunidade , os gestores de saúde.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do ministério da saúde relativas ao rastreamento diagnostico, tratamento e monitoramento dos idosos sendo de muita importância para a equipe já que ganho em conhecimento sobre o programa de idosos ,, vacinação , toma da pressão arterial , avaliação do risco fragilidade no idoso , prevenção dos acidente nos idosos que é muito frequente , importância da saúde bucal , alimentação saudável ,hábitos higiênicos e exercícios físicos, entre outros temas que também foram abordados em reuniões realizadas semanalmente pôr a equipe na UBS. A equipe de trabalho tinha conhecimento desde o início da intervenção das atribuições no trabalho fazendo o cadastro cada semana dos idosos, a recepção foi orientada

para fazer o agendamento com prioridade dos idosos todas as terças e quarta férias, semanalmente se fazer uma avaliação pôr a enfermeira das fichas espelhos, para ver si falta atualizar alguma, si falta vacina ou algum exame por fazer.

O médico é o responsável além da consulta com qualidade de avaliar na ficha todos os pacientes com risco com atrasos às consultas e o Agente de Saúde tinha que procurar que eles assistam nessa semana. O dentista é o responsável pela saúde bucal, fazendo as consultas e participando nas palestras efetuadas em diferentes lugares das comunidades, toda a equipe também participou nas visitas domiciliares. Isto acabou tendo impacto na comunidade, ainda a que trabalhar mas para generalizar o impacto e melhorar aum. mas a saúde dos idosos, já que ainda é pouco percebido pela comunidade.

O serviço passou por grandes mudanças com a intervenção, pois antes as atividades de atenção aos idosos eram concentradas na consulta medica, mas a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção multiprofissional. A intervenção ajudou a melhoria do serviço com as ações feitas, pois organizou o processo de trabalho e fez que a equipe percebesse a importância de seguir um protocolo. As reuniões, o planejamento, monitoramento e avaliação dos resultados foram fundamentais para a organização do serviço na UBS. Antes da intervenção o idoso só acudia a consulta quando adoecia o si era hipertenso ou diabético. Melhorou os registros, o agendamento com maior organização o que viabilizo o atendimento da demanda espontânea, garantiu um seguimento adequado com agendamento programado da próxima consulta, todo isso faze que diminua a incidência das doenças e também a morbimortalidade dos idosos por causas preveníeis.

Embora ainda o impacto é pouco percebido por a comunidade o trabalho tem muita importância os idosos estão contentos também a família deles, se sentem protegidos tem seguimento podem esclarecer suas dúvidas, são orientados corretamente, é garantido os medicamentos, atendidos com prioridade, temos aumentado os idosos cadastrados mas temos que continuar cadastrando e incorporando ao programa com este melhoramos a saúde dos idosos y melhora a qualidade de vida.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o analise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe exemplo a capacitação deles. Também faltou uma articulação com a comunidade para

explicitar sobre a intervenção, a importância de materializar lá, os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, pôr como vamos a incorporar à intervenção a rotina do serviço terá condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos idosos em especial os frágeis e altos riscos. Pretendemos no próximo mês investir na ampliação de cobertura dos idosos.

Tomando este projeto como exemplo também pretendemos implementar outros programas como saúde na criança, hipertensão e diabetes e outros que já estão implantados mas materializando com os demais projetos feitos por os colegas aperfeiçoaríamos logrando uma maior saúde para o povo que e nosso objetivo.

5 Relatório da Intervenção para gestores.

Prezados Gestores:

A equipe da UBS Luiza Do Carmo realizou o trabalho de intervenção sobre saúde dos idosos, já que percebemos que existiam muitas necessidades a serem sanadas no atendimento das pessoas idosas, só existiam 508 idosos acompanhados na unidade de 655 cadastrados para um 78%, conforme estimativa do tamanho da população residente na área.

O atendimento programado era apenas para os hipertensos e diabéticos. A intervenção foi realizada no período de 12 semanas. Foram muitos desafios para o alcance dos resultados, mas a dedicação de todos os integrantes da equipe de trabalho gerou bons frutos, e hoje podemos afirmar que, existe um Programa de Saúde do Idoso com 625 usuários que representam 95,4 % dos idosos cadastrados

e acompanhados, com agendamento de consultas e busca ativa aos faltosos, além da melhoria do registro e atividades educativas.

Muitas ações foram feitas pela equipe, como o cadastramento dos idosos, cadastramento dos idosos acamados, busca da ativa dos idosos faltosos, a consulta, avaliação e identificação de idosos frágeis que moram sozinhos e com necessidade de cuidado no domicílio; organização do agendamento, capacitação da equipe, conscientização da comunidade e trabalhadores sobre a importância da saúde do idoso.

Fizemos reuniões de equipe, atribuiu-se funções aos profissionais e providenciou-se recursos materiais para começar a intervenção, como a ficha espelho e a caderneta do idoso. Foi possível organizar o atendimento multiprofissional, inclusive a assistência odontológica, a solicitação e realização dos exames laboratoriais. As visitas domiciliares e as palestras realizadas pela equipe tornou-se uma rotina.

Houve dificuldades no início da intervenção, como a organização do atendimento sincronizado com a odontologia e, a falta da caderneta do idoso para o total da população alvo. Porém, no final todos os problemas foram resolvidos, tornando-se possível contornar as dificuldades e desenvolver o trabalho como foi planejado. Ao final, cumprimos integralmente todas as ações propostas.

Hoje podemos falar que a intervenção gerou grande benefício para a comunidade, pois o atendimento é feito de forma organizada e com qualidade seguindo os princípios da integralidade. Temos maior integração da comunidade nas atividades educativas e maior participação da gestão municipal na realização de ações de saúde.

Alcançamos uma cobertura de 625 idosos que representam (95,4%), sendo que antes da intervenção esse indicador era apenas de 508 idosos (78%). Todos os usuários idosos atendidos tiveram a classificação de risco e, investigação para diabetes em todos os pacientes hipertensos, se fez exames laboratoriais e foram avaliados em consulta odontológica 100% dos idosos.

Ainda foram orientados sobre hábitos alimentares, importância do exercício físico e saúde bucal, e também foi possível melhorar o registro e informação dos idosos, incorporarem as atividades preventivas da saúde bucal, organização do serviço por parte da equipe, se incrementarem as palestras e atividades educativas a uma maior adesão ao programa; desenvolvendo-se maior vínculo com a

comunidade e líderes comunitários, os quais também apoiaram na realização de atividades e busca ativa de idosos faltosos. Temos que continuar trabalhando no cadastro dos idosos que ainda faltam por incorporar-se ao programa, entregar a caderneta a 100%, pois não conseguimos entregar ao total cadastrado e, continuar na busca dos idosos faltosos às consultas.

Os idosos e a população em geral estão motivados com as ações implantadas. A equipe trabalha, para também, incorporar outros programas no atendimento que são indispensáveis para melhorar a saúde de nossos usuários, com uma melhor qualidade de vida e elevação nos indicadores de saúde do Município, como por exemplo, o Programa de pré-natal, Hipertensão e Diabetes, Saúde da Criança que já estão implementados, mas podemos melhorar com ajuda de todos.

A equipe está sensibilizada e, tem como missão incorporar a intervenção à rotina diária do serviço dando continuidade ao trabalho de forma sistemática pelo que é fundamental continuar trabalhando com a comunidade sobre a importância de todas as ações terapêuticas com os idosos e, priorização deste grupo muito vulnerável a diversas doenças.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade da área da UBS :Luiza Do Carmo Fernandes.

Como já é conhecido, nossa equipe se encontrava realizando um trabalho de intervenção em saúde às pessoas idosas, já que era uma das necessidades que a comunidade vinha apresentando e decidimos fazer o trabalho de intervenção com esta população específica.

Este projeto foi feito em 12 semanas e, apesar de ser muito curto o tempo, podemos observar excelentes resultados. Para este projeto, a equipe teve que

receber capacitação sobre o protocolo de atenção ao idoso, para poder brindar uma atenção de qualidade. Com nosso trabalho e participação ativa da comunidade conseguimos aumentar o cadastro dos idosos da área, embora ainda faltem alguns para ser cadastrados.

O projeto de intervenção teve como objetivo fundamental melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS Luiza Do Carmo, no município Manaus / AM. Muitos desafios tiveram que passar para lograr os resultados que atingimos até o momento, mas não foi em vão, hoje após três meses, já falamos de um programa de idosos que tem 625 usuários que representam um 95,4 % dos idosos do nosso território, onde se a feito seu agendamento e temos um trabalho organizado e com muitos êxitos, pois com anterioridade a nosso trabalho de intervenção ficava em um 78 % dos idosos acompanhados na unidade.

Temos que dizer que para poder desenvolver este trabalho, tivemos que programar várias ações, garantindo em primeiro lugar a capacitação da equipe de trabalho, a conscientização dos gestores e da comunidade, bem como as reuniões de equipe e os recursos materiais para começar, como a ficha espelho, a caderneta o cadastro dos idosos, a organização dos atendimentos clínicos e atendimento odontológico para os idosos, a realização dos exames laboratoriais, a visita a domicílio, as palestras desenvolvidas por todos os profissionais.

Enfrentamos algumas dificuldades como a caderneta não entregue para o total dos idosos e, garantir com prioridade a realização dos exames laboratoriais dos idosos considerando demora dos resultados, mas tudo foi superado com muitas facilidade já que a equipe de trabalho está completa, e ao final cumprimos integralmente todas as ações propostas.

A intervenção com os idosos foi desenvolvida em três meses, logrando pesquisar 625 idosos correspondendo a 95,4%, estando acima da meta proposta de 95%, se realizou a avaliação multidimensional rápida a 100% dos idosos em consulta, tendo ao início da intervenção s 18% de idosos avaliados, com exame clinico a 100%, permitindo com este exame fazer uma classificação adequada do risco dos pacientes idosos.

Temos 291 idosos com Diabetes e Hipertensão Arterial todos com exames laboratoriais feitos a 100% o que ajuda a diagnosticar complicações associadas a estas doenças e comprometimento de órgãos alvos, podemos observar que todos tem garantido os medicamentos na Farmácia Popular. 70 idosos cadastrados

acamados e todos foram visitados em casa pela equipe de trabalho, melhorando suas necessidades, todos os idosos com verificação da pressão arterial nas últimas consultas, os idosos hipertensos com rastreamento para diabetes e, avaliação da saúde bucal e a primeira consulta odontológica programada.

Faltosos à consulta uma totalidade de 70 idosos em correspondência com os idosos acamados, mas todos visitados em casa se preencheram a ficha espelho sendo um instrumento importante para o registro de os dados e história do paciente. A Caderneta de Saúde da pessoa Idosa foi entregue a 605 idosos. Foram avaliados 100% dos idosos para o risco de morbimortalidade, avaliação para fragilização na velhice, avaliação da rede social, orientados ao sobre hábitos alimentares saudáveis e saúde bucal. Foi orientado sobre a realização de exercícios físicos a 555 idosos (88,8%), o resto dos idosos foi solicitado Terapia de Reabilitação em correspondência com os idosos acamados. A comunidade foi beneficiada com a intervenção, já que se logrou conhecimento sobre o programa de idosos e, a necessidade de um atendimento precoce dos idosos para que tenham uma velhice com mais qualidade, e a incorporação dos gestores no fornecimento dos recursos necessários para conseguir levar adiante o programa, também se ganhou uma equipe de trabalho melhor preparada com novos conhecimentos para o atendimento de qualidade da nossa população idosa.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Fazendo uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, podemos falar que no início do curso tive muitas expectativas, como adquirir

conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil, sobre atenção básica e saúde da família. Também adquirir mais conhecimentos sobre as doenças que atingem a comunidade no Brasil, pondo em prática as habilidades no desempenho diário, ajudando assim a população brasileira, melhorando a saúde e indicadores, aprofundando nas doenças típicas de Brasil, seguindo os protocolos, e também a troca de experiências entre os colegas participantes do PMMB (Programa Mais Médicos para o Brasil).

Durante todo o processo, foi muito interessante ver como adquirir experiências novas, ao chegar aqui e começar o trabalho com minha equipe eu me senti frustrada já que não entendia muitas palavras do idioma, a organização do trabalho e a estrutura do sistema de saúde, mas este curso ajudou para que realizassem um esforço maior para poder adaptar-me e enfrentar o trabalho pra cumprir com o compromisso de trabalho com o Brasil, e, hoje podemos dizer que minhas expectativas foram alcançadas.

Devemos assinalar que foi uma experiência única trabalhar no interior da Amazonas e fazer o curso à distância, tivemos que enfrentar muitas dificuldades, ademais do idioma que só tínhamos conhecimentos básicos, mas podemos agradecer à população, aos colegas, e à equipe de trabalho, para ter hoje estes resultados e, poder familiarizar-me com a medicina brasileira e o sistema de saúde brasileiro e, ainda poder colaborar com a saúde da população.

O curso facilitou minha adaptação, melhorou o idioma português, amplio muito os conhecimentos sobre o sistema de saúde os protocolos de atuação a organização do trabalho na UBS, viabilizo o trabalho em equipe , melhorou o atendimento dos usuários , proporcionou a ampliação da cobertura de atendimento dos pacientes idosos, a adesão dos idosos ao programa , com o trabalho da intervenção melhorando também a qualificação dos profissionais , ainda temos muito por fazer pôr a saúde da população de Brasil e também muito por aprender pôr o que o curso a sido de muita importância para poder desenvolver nosso trabalho em Brasil.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2012

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção Básica(CAB). Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa n:19Brasilia_DF2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Coleta de dados Idosos, semana 1 yaritza [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Ínicio Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição Foxit Reader PDF

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente

Colar Área de T... Fonte Alinhamento Número Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está com problema de locomoção cadastrado?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

[illegible][illegible]

[illegible]

Anexo C- Planilha de coleta de dados

Coleta de dados Idosos, semana 1 yaritza [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Ínicio Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição Foxit Reader PDF

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar

Edição

C703

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
2	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso apresenta algum problema de locomoção cadastrado?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1								
5		2								
6		3								
7		4								
8		5								
9		6								
10		7								
11		8								
12		9								

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante